S
7342

IV h 43

RECUEIL

DE MÉMOIRES

DE MÉDECINE,

DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE MILITAIRES.

IMPRIMERIE
DE MADAME HUZARD (NÉE VALLAT LA CHAPELLE),
rue de l'Eperon, n° 7.

RECUEIL

DE MÉMOIRES

DE MÉDECINE,

DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

MILITAIRES,

FAISANT SUITE AU JOURNAL QUI PARAISSAIT SOUS LE MÊME TITRE.

Rédigé, sous la surveillance du Conseil de Santé,

Par MM. LAUBERT, ancien Membre du Conseil de Santé; ESTIENNE, ancien Médecin principal des armées; et BÉGIN, Chirurgien en chef, premier Professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg.

PUBLIÉ PAR ORDRE DE S. EXC. LE MINISTRE SECRÉTAIRE D'ÉTAT AU DÉPARTEMENT DE LA GUERRE.

Volume Trente-Sixième.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND

A PARIS,

IMPRIMERIE DE Mme HUZARD (NÉE VALLAT LA CHAPELLE),

RUE DE L'ÉPERON-SAINT-ANDRÉ-DES-ARTS, N° 7.

1834.

Digitized by the Internet Archive
in 2021 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/s7342id1398618

MÉMOIRES

DE MÉDECINE,

DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

MILITAIRES.

RECHERCHES ET OBSERVATIONS

RELATIVES A L'EMPLOI

DE L'ÉMÉTIQUE A HAUTE DOSE

DANS LES

PHLEGMASIES PULMONAIRES ET ARTHRITIQUES.

S'il est, en pharmacologie, une substance énergique, rapidement active, dont l'usage ait été signalé par des guérisons merveilleuses et tenant du prodige, aussi bien que par des résultats funestes à jamais déplorables, c'est incontestablement le tartrate antimonié de potasse. Alternativement condamné et absous, préconisé avec un enthousiasme délirant ou repoussé avec une horreur furieuse, l'émétique, au milieu de ces fortunes diverses, s'est maintenu au premier rang

dans la matière médicale, multipliant, selon les mains habiles ou empiriques qui l'employaient, ses succès et ses victimes. Quelles que fussent leurs opinions sur l'opportunité de son administration, les médecins, jusqu'au commencement de ce siècle, le considéraient généralement comme un composé dangereux, qu'il était sans doute utile d'opposer à certaines maladies, mais que l'on ne devait jamais prescrire qu'à de faibles doses, et qui, administré en quantités plus considérables, devenait un poison violent, dont les redoutables effets n'étaient prévenus que par sa prompte expulsion hors des organes qui l'avaient reçu : aussi ne le prescrivait-on guère au delà de deux, quatre, six ou huit grains, délayé dans des quantités variables de liquide, et seulement dans l'intention de provoquer, ou des secousses organiques, critiques ou révulsives, que l'on croyait salutaires, ou des vomissemens et des évacuations alvines destinées à débarrasser l'économie vivante de matières supposées nuisibles.

Depuis une vingtaine d'années, des recherches nombreuses ont jeté sur la manière d'agir de l'émétique de vives lumières. Il a été démontré que les effets toxiques de ce composé résultent, tantôt de l'impression stimulante qu'il produit sur les organes digestifs, tantôt de l'action qu'il va exercer sur le tissu pulmonaire, dans lequel il est porté par

l'absorption. Cette double manière d'agir de l'émétique explique seule comment il tue lorsqu'il est injecté à la dose de trois ou quatre grains dans les veines, aussi bien que lorsqu'il est ingéré en quantités considérables dans le ventricule; elle peut seule expliquer aussi comment, parmi les individus empoisonnés par le tartre stibié, les uns meurent en offrant les traces des gastro-entérites les plus violentes, tandis que d'autres ont les voies digestives dans un état presque normal, en même temps que le poumon est engorgé, rouge, et en partie hépatisé. Les expériences de MM. Magendie, Barré, Rayer et quelques autres, ne peuvent laisser, sur ce point, le moindre doute dans l'esprit le plus sévère.

Il est à remarquer, toutefois, que l'existence, dans l'organisme, de foyers inflammatoires plus ou moins ardens et considérables, modifie singulièrement et neutralise jusqu'à un certain point les effets défavorables déterminés par l'émétique à haute dose, sur les animaux et sur l'homme, dans l'état de santé. Rasori, lors de l'épidémie de Gênes, en 1800, aperçut ce fait, lorsque, dégoûté par ses insuccès de l'application des principes de Brown, il fut conduit à employer l'émétique comme débilitant. Depuis cette époque, le médecin italien s'enhardit de plus en plus, trouva de nombreux imitateurs, et sa pratique se pro-

pagea, rencontrant partout des partisans et des antagonistes.

Quoique présenté comme un contre-stimulant susceptible de dissiper toutes les phlegmasies, l'émétique à haute dose fut cependant bientôt réservé plus spécialement pour les cas d'inflammation aiguë des poumons. C'est contre ces affections qu'il a été principalement préconisé; et si on l'emploie encore pour combattre d'autres maladies, son action alors n'est l'objet ni des mêmes contestations, ni des mêmes incertitudes que dans les lésions si communes et si dangereuses de l'appareil respiratoire.

Il n'est pas hors de propos de rappeler succinctement les modifications que la pratique dont il est question a subies, et de préciser ainsi le point de la difficulté qui reste encore, et que l'expérience peut seule être appelée désormais à résoudre.

On sait que Rivière employait ordinairement l'émétique, réitéré tous les jours ou tous les deux jours, à dose vomitive, dans les pneumonies aiguës. Séranne, cité par Bordeu, imitait cette pratique, dont Dumangin, au rapport de Laennec, ne se louait pas moins à la Charité, que Corvisart des évacuations sanguines, et à laquelle M. Ellis de Rouen fait de nouveaux efforts pour nous ramener. Il y a loin de là, sans doute, à la méthode rasorienne, bien que, cependant, l'émé-

tique ainsi administré puisse être considéré comme l'étant à haute dose. Au surplus, des recherches faites, dans ces derniers temps, par M. Rayer, ont confirmé ce qui résultait déjà du sentiment presque unanime des praticiens, savoir, que les vomitifs répétés, selon le conseil de Rivière, constituent un mode de traitement moins avantageux que celui dont la saignée est la base; qu'ils ne réussissent assez bien que contre les pneumonies légères et à leur début; qu'ils sont dangereux dans les autres, ou lorsque la maladie est arrivée à une période plus avancée; enfin, qu'ils ébranlent l'organisme et fatiguent souvent les malades par d'effrayantes secousses, dont les effets ne sauraient être toujours calculés avec précision. Aussi, peu de médecins ont-ils été tentés de renouveler de semblables expériences. Faisons des vœux pour que ces expériences ne soient pas poussées plus loin, et pour que des esprits inquiets cessent définitivement de renouveler une foule de pratiques nuisibles, depuis long-temps jugées, et si manifestement hasardeuses, que si on les proposait pour la première fois, elles seraient accueillies par une réprobation presque universelle.

Rasori et ses imitateurs, considérant l'émétique comme un agent direct de sédation ou de destruction des phlegmasies, ont fait de cette substance le principal, et quelquefois l'unique moyen de traitement contre les pneumonies et

les pleuropneumonies : ils l'emploient dès le début de la maladie, et ne lui associent la saignée que dans les cas les plus graves, lorsque l'inflammation a une très grande étendue ou fait de rapides progrès, que le tartrate antimonié n'arrête pas ; enfin, les doses d'émétique, de douze à vingt-quatre grains au début, peuvent être portées, suivant eux, à un ou deux gros, et même jusqu'à demi-once dans les vingt-quatre heures, en augmentant graduellement les quantités employées, à mesure que l'organisme les supporte plus facilement, et semble mieux s'habituer à leur action.

La méthode rasorienne, il faut le reconnaître, ne fut jamais mise en usage en France avec ce degré de témérité. Laennec, qui l'adopta un des premiers, et qui contribua si puissamment à la répandre parmi nous, débutait toujours, dans les pneumonies, pour peu que le malade pût supporter la saignée, par faire tirer de huit à seize onces de sang. Suivant lui, cette opération était utile, afin d'enrayer momentanément l'orgasme inflammatoire, et de donner au tartre stibié le temps d'agir. Il la réitérait rarement, excepté chez les sujets atteints de lésions du cœur ou menacés de congestions cérébrales. Aussitôt après la saignée, il prescrivait une potion composée d'un grain d'émétique, dans un demi-verre d'infusion légère de feuilles d'oranger, froide, édulcorée

avec deux onces de sirop de guimauve. Cette dose était répétée, de deux en deux heures, jusqu'à ce que le malade en eût pris six. A cette médication succédait un repos de six à huit heures, lorsque les accidens n'étaient pas pressans, et que le sujet avait de la disposition au sommeil.

Dans les cas, au contraire, où la phlegmasie était intense, avancée, étendue à la totalité d'un poumon, ou existant dans tous les deux; lorsque l'oppression était forte, et que la tête menaçait de se prendre, Laennec portait, dès le début, la dose de l'émétique à un grain et demi, deux grains ou deux grains et demi, toujours dans la même quantité de véhicule, et administré aux mêmes intervalles. Dans ces cas graves encore, il continuait l'emploi du remède, sans interruption, jusqu'à ce qu'il survînt dans les symptômes un soulagement, accompagné de l'amélioration des signes stéthoscopiques.

La plupart des malades traités de cette manière éprouvent deux ou trois vomissemens, déterminés par les premières doses d'émétique, et vont cinq ou six fois à la selle pendant les premiers jours. Les évacuations ne sont plus ensuite que médiocres, les vomissemens cessent, et l'on dit que la tolérance est établie. Quelquefois elle a lieu de prime abord, et chez certains malades, elle est suivie d'une constipation opi-

mâtre qu'il convient de faire cesser à l'aide de lavemens.

Laennec considérait les évacuations gastriques et intestinales comme inutiles et même nuisibles : il les croyait susceptibles de produire facilement la débilité du sujet et l'irritation du tube digestif, ne voyant pas que cette irritation est la cause et non l'effet de la sécrétion qu'il redoutait. Afin de les faire cesser, ou du moins de les modérer, Laennec ajoutait parfois, aux six doses de tartre stibié qui devaient être prises, une ou deux onces de sirop diacode, qu'il supprimait ensuite lorsque la tolérance était parfaite, et dont il se louait beaucoup, bien que cette addition fût contraire aux idées de Rasori.

On observe, si l'on en doit croire l'habile médecin de Paris, entre les traitemens par l'émétique et ceux que l'on dirige suivant la méthode généralement adoptée des évacuations sanguines, cette grande différence, savoir, que la diminution de l'oppression et de l'expectoration sanguinolente, qui succède presque toujours aux premières saignées, est souvent suivie de la reproduction des mêmes symptômes au bout de quelques heures, tandis que l'amélioration produite par le tartre stibié va toujours se continuant, sans être interrompue par de nouveaux orages. En un mot, les recrudescences d'accidens, qui

obligent souvent à répéter cinq ou six fois, coup sur coup, l'ouverture de la veine, n'ont jamais lieu sous l'influence de l'émétique, dont l'effet salutaire, une fois commencé, ne fait plus que se confirmer par des progrès continus. Enfin, si l'on en croit Laennec et ses imitateurs français, aussi bien que ses devanciers d'Italie, les malades traités par l'émétique n'éprouvent jamais ce long et excessif affaiblissement, qui accompagne trop souvent la convalescence des pneumonies auxquelles on a opposé les saignées.

Il résulte des observations récentes de M. Rayer que l'émétique, administré suivant la méthode rasorienne, quoique plus facilement supporté, et ne donnant pas aussi constamment lieu à des évacuations gastriques et intestinales que par la méthode ordinaire, n'est cependant toléré, dès le début, que par le plus petit nombre des malades. La plupart éprouvent des vomissemens, précédés de malaise, et parfois suivis d'une concentration des forces à l'intérieur, d'une petitesse du pouls, d'un refroidissement et d'une pâleur de la peau qui ne se dissipent qu'au bout d'un certain temps, par suite d'une réaction plus ou moins vive. Chez quelques sujets, l'émétique ne peut être supporté, à raison des vomissemens violens et des coliques qu'il détermine. Ces accidens semblent dus à la préexistence

d'une irritation gastro-intestinale d'intensité variable. Contrairement à l'opinion de Laennec, M. Rayer a remarqué que l'émétique produit un soulagement d'autant plus marqué et une amélioration d'autant plus grande dans l'état du poumon, qu'il détermine des évacuations plus abondantes, et que les progrès de la curation diminuent à mesure que, la tolérance s'établissant, les vomissemens et les selles cessent d'avoir lieu. Il considère aussi comme défavorable l'addition des opiacés pour faire supporter l'émétique; il leur reproche de masquer jusqu'à un certain point l'impression faite par cette substance sur les organes digestifs, et de n'amener qu'une tolérance factice.

Si l'on a exagéré l'action irritante du tartre stibié sur l'estomac, les Rasoriens sont tombés dans une exagération contraire, bien plus dangereuse. Plusieurs praticiens ont fait observer, en effet, que des individus dont le canal digestif était sain, et qui semblaient d'abord avoir été, sans inconvénient, soumis à l'usage de l'émétique, ont éprouvé, plus tard, des accidens manifestement liés à un état d'irritation gastro-intestinale. Strambio lui-même rapporte qu'à la clinique de Rasori, des cadavres de sujets traités par sa méthode ont offert, dans l'estomac, la membrane muqueuse rouge et couverte d'un enduit sanguinolent.

Dans les pneumonies arrivées à leur troisième

période, on a attribué à l'émétique la propriété d'augmenter les forces absorbantes intersticielles, et de déterminer ainsi la résorption des liquides infiltrés dans les tissus, ou combinés avec eux, qui constituent les hépatisations à leur début. Admise par Laennec, cette action du tartre stibié est encore problématique, si on la considère comme spéciale et supérieure à celle des petites saignées, répétées à des intervalles convenables, et des révulsifs énergiques appliqués sur la poitrine ou administrés à l'intérieur.

Il résulte de ce qui précède, que la médication émétique, après avoir été préconisée comme devant constituer la base presque exclusive du traitement des phlegmasies pulmonaires aiguës, a été ensuite associée aux évacuations sanguines, par lesquelles on débutait presque toujours, ou que même on répétait avant d'y recourir, bien qu'elle fût encore la partie la plus importante de ce traitement. Enfin, des médecins habiles, tenant compte de l'ensemble des faits observés, de tous les résultats obtenus, ont pensé que le tartre stibié à haute dose doit être réservé pour les cas très graves où les pneumonies ont résisté aux évacuations sanguines, aussi largement employées s que le comporte la vigueur des sujets, ou lorsque les inflammations trop persévérantes n'obéissen t plus aux antiphlogistiques, et se renouvellent ou continuent à marcher malgré leur influence.

Encore, dans ces circonstances difficiles, pensent-ils que l'existence d'irritations gastriques ou intestinales contre-indique d'une manière presque absolue l'usage de l'émétique, ou que, si l'on y a recours, il faut en modérer les doses et en surveiller les effets avec une extrême attention.

Tel nous paraît être l'état actuel de la science sur ce point important de la thérapeutique. Les observations et les considérations qui vont suivre, en abordant des points de doctrine que nous avons dû nous abstenir de toucher, afin d'éviter d'inutiles répétitions, acheveront de résoudre, en grande partie au moins, les difficultés qui se rattachent encore à l'emploi énergique du tartre stibié.

NOTE *sur le mode d'action de l'émétique à haute dose dans le traitement de quelques maladies aigües*,

Par M. F.-T. LARROQUE,

Docteur en médecine de la Faculté de Paris, membre de plusieurs Sociétés médicales, chirurgien-aide-major au 47e régiment de ligne.

Quoique la question de l'emploi de l'émétique à haute dose dans plusieurs inflammations graves ait été traitée par des hommes d'un talent supérieur, ce point de la science offre encore de nombreuses incertitudes ; des médecins fort estimables continuent même à révoquer en doute son utilité, et l'on n'est pas d'accord sur son mode d'action.

Les uns prétendent, avec Rasori, la plupart des médecins italiens et le professeur Delpech, que l'émétique est un antiphlogistique direct, qui modifie dans le sang, par son absorption, les conditions de ce liquide qui constituent l'état inflammatoire; tandis que d'autres praticiens, également distingués et recommandables, prétendent qu'il n'agit dans les pleuropneumonies et les arthrites aigües, affections contre lesquelles on l'emploie le plus spécialement, qu'en déterminant une puissante et efficace révulsion sur le canal intestinal.

Quoi qu'il en soit de son véritable mode d'action, l'essentiel est de savoir qu'il a été mis en usage, dans des cas graves et presque désespérés, avec un succès quelquefois merveilleux. Ce fait ne saurait être révoqué en doute; mais ce que l'on peut considérer comme incertain, peut-être pour long-temps encore, c'est la détermination des cas et des conditions favorables à son administration; et c'est, selon toute vraisemblance, faute d'avoir bien précisé ces conditions qu'on est resté en désaccord sur la préférence à accorder à l'une des deux opinions émises plus haut sur son mode d'action.

Pour arriver à une conclusion positive, il faut recueillir un certain nombre de faits bien circonstanciés et suivis avec exactitude; sans cela la question, au lieu de se résoudre, restera dans cette obscurité, qui empêche si souvent le praticien de saisir les indications, et d'agir avec opportunité.

Les médecins qui ont prétendu jusqu'à présent que l'émétique à haute dose est un antiphlogistique direct, susceptible de modifier, dans le sang, les conditions qui constituent l'état inflammatoire, ne me semblent pas donner des preuves bien positives à l'appui de leur assertion; c'est plutôt une hypothèse, ou l'expression d'une idée qui, envisagée sous certain rapport, pourrait avoir tout au plus quelque probabilité, que la manifestation d'une vérité démontrée.

Examinons si l'opinion des personnes qui pensent que l'émétique agit en déterminant sur le canal intestinal une puissante révulsion n'aurait pas en sa faveur plus de vraisemblance, et cherchons à prouver ce fait par l'analyse sévère des principaux phénomènes que l'on observe après l'administration de ce médicament,, ainsi que par l'appréciation des circonstances dans lesquelles doit se trouver le malade, pour qu'il en puisse obtenir quelque résultat salutaire.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Pleuropneumonie, traitée d'abord sans succès par les saignées générales et locales, et promptement guérie par l'émétique à haute dose.

D***, grenadier au 47e régiment de ligne, âgé de vingt-sept ans, fort et robuste, d'un tempérament bilieux et sanguin, entra à l'hôpital de Cette, pour y être traité d'une pleuropneumonie

droite, le 27 septembre 1832. Ce militaire n'avait jamais eu d'autres maladies que celles de l'enfance, dont il n'éprouvait aucune suite fâcheuse. La veille de son entrée à l'hôpital, après avoir fait dans la matinée une course rapide contre un vent très violent et très froid, il se trouva subitement indisposé ; il ressentit des frissons par tout le corps et un malaise général; il se coucha, s'endormit, et à son réveil il éprouvait un point de côté qui l'empêchait de respirer : agitation pendant la nuit suivante; point de sommeil.

Le 28 au matin, point de côté plus fort, toux plus incommode, difficulté de respirer plus grande; les crachats, qui jusque-là avaient été glaireux, deviennent sanguinolens. Lors de l'entrée à l'hôpital, il était dans l'état suivant : céphalalgie presque nulle, face rouge, vultueuse, animée; yeux brillans, vifs, larmoyans, douloureux, surtout lors de l'exposition à une vive lumière ou au grand jour; lèvres colorées, très rouges; langue large, épanouie, rose dans toute son étendue, excepté à sa partie moyenne, où l'on remarque un enduit blanchâtre, très peu épais; soif assez prononcée; désir marqué de prendre des boissons fraîches et acidulées ; légère irritation des organes de la déglutition. La partie latérale droite de la poitrine est le siége d'une douleur que la pression et la percussion augmentent, et donne un

son mat ; la respiration est presque nulle dans la région douloureuse, si l'on en juge par l'application du stéthoscope ; râle sibilant sous l'aisselle du même côté, crépitant à la partie supérieure du poumon, et subcrépitant à la partie postérieure droite du thorax. Le coucher sur ce côté augmente la douleur et la gêne de la respiration, qui est courte, fréquente et très douloureuse. Le malade n'ose prolonger l'inspiration; la toux est fréquente et saccadée; les crachats sont abondans, expectorés avec assez de facilité ; les uns semblent seulement teints de sang, les autres rouillés, et le malade en rend de temps à autre quelques uns qui sont tout à fait sanguinolens. Il ne peut rester long-temps couché que sur le dos, la tête élevée. La région épigastrique et les hypochondres n'offrent rien à noter. Le ventre est souple, indolent, les selles rares mais naturelles, les urines assez abondantes et très colorées. La peau offre une chaleur très considérable, mais douce et halitueuse au toucher. Le pouls, large, plein et assez fréquent, n'est pas parfaitement égal aux deux bras, et semble plus petit, plus concentré et plus fréquent du côté correspondant à celui où siége la douleur. = Saignée du bras de douze onces, qui fournit un sang noir, fibrineux, se recouvrant d'une couenne inflammatoire très prononcée, et formant un caillot dur, épais, résistant à

la pression et presque sec. Trois heures après la saignée, vingt sangsues sont placées sur le lieu douloureux; diète, infusion de fleur de bouillon blanc, édulcorée avec le sirop de gomme. Légère diminution du point de côté; les crachats semblent contenir un peu moins de sang. A la visite du soir, à six heures, le malade est dans le même état qu'avant la saignée du matin; il éprouve de plus une forte céphalalgie. Seconde saignée de douze onces, le sang offre toujours les mêmes qualités; à huit heures, une sueur générale couvre tout le corps; grande agitation durant la nuit, sommeil nul.

Le 29 au matin, légère moiteur partielle du cou et de la poitrine; le point de côté est toujours assez vif, quoique le pouls soit un peu moins fréquent. Diète, infusion de bouillon blanc, gommée, vingt sangsues sur le point douloureux, et ensuite cataplasme de farine de graine de lin. Le malade est assez calme pendant la journée; à cinq heures du soir, exaspération du point de côté sans cause connue, expectoration presque supprimée, efforts de toux; respiration anxieuse, fréquente; légère décomposition des traits de la face : vingt sangsues sur le point douloureux, ventouses sur les piqûres, cataplasmes émolliens.

Le 30, le malade ne va pas mieux; les symptômes persistent au même degré d'intensité, la fièvre est aussi forte. Après un mûr examen

du malade, j'engageai le médecin de l'établissement à avoir recours, le plus promptement possible, à l'émétique à haute dose. Il prescrivit de suite dix grains de cette substance dans une livre d'infusion de tilleul, à prendre par tasses toutes les deux heures. Deux vomissemens de matières bilieuses porracées, quatre selles copieuses et une abondante transpiration furent le résultat de la première dose; le malade prit successivement le reste de l'infusion, sans autre effet que le maintien de la transpiration, qui devint assez abondante pour l'obliger à changer cinq fois de linge.

Le 31, à sept heures du matin, le mieux était sensible; on remarquait une diminution notable de tous les symptômes; la moiteur persistait. Même dose d'émétique que la veille, trois selles dans la journée; respiration un peu moins fréquente et plus large, crachats muqueux, avec un peu de sang de temps à autre; la douleur du côté droit de la poitrine ne se fait sentir que lorsque le malade se remue ou qu'il cherche à respirer largement; nuit calme, sommeil paisible de quelques heures.

Le 1er octobre, légère augmentation du point de côté, fièvre plus forte, les autres symptômes de la maladie sont aussi un peu plus intenses : douze grains d'émétique dans quatre tasses d'infusion de tilleul, avec addition dans chacune de six gouttes de laudanum de Sydenham. Nausées,

sans vomissement; trois selles de matières ayant l'apparence bilieuse ; calme parfait pendant toute la journée, jusqu'à cinq heures du soir : alors, malaise général de très courte durée; nuit calme, sommeil paisible pendant plusieurs heures.

Le 2 octobre, le malade est très bien; tous les accidens ont disparu ; néanmoins, la respiration est encore un peu gênée, mais sans douleur : quelques cuillerées de bouillon coupé sont accordées. Dès lors, la convalescence marche avec rapidité ; elle est parfaite, le 8 octobre. Le 12, D*** sort de l'hôpital, parfaitement guéri, et capable de reprendre son service dix jours plus tard.

Cherchons, par l'analyse de cette observation, à nous rendre compte de la manière d'agir de l'émétique, dont les effets ont été si prompts et si efficaces. Elle me paraît offrir de l'intérêt sous plus d'un rapport ; elle fournit une preuve de ce que j'ai souvent observé, savoir, que les évacuations sanguines ne sont pas toujours suffisantes pour guérir les inflammations, parenchymateuses ou autres (1). Il est, en effet, des cas d'inflamma-

(1) Les évacuations sanguines, abondantes, répétées, surtout à de courts intervalles, et au début d'une maladie inflammatoire, peuvent la faire avorter et l'arrêter à sa première période ; mais lorsque, malgré ce traitement actif, l'affection morbide suit sa marche, et que les symptô-

tion qui résistent aux saignées; et si l'on ne pouvait leur opposer d'autres moyens, on verrait succomber infailliblement les malades : c'est ce qui serait arrivé à notre grenadier. Nous le voyons atteint d'une pleuropneumonie avec tous les symptômes qui la caractérisent: deux saignées du bras, de douze onces chacune, sont pratiquées; soixante sangsues sont ensuite appliquées en trois fois sur le lieu douloureux, et les résultats de cette médication active sont nuls ou à peu près. Au contraire, le 30 septembre, aux symptômes de la maladie, qui avaient toujours la même intensité s'étaient ajoutés une fièvre plus forte et un commencement d'altération dans les traits de la face. Vouloir insister davantage sur les saignées, c'eût été appeler la mort du malade. C'est alors que l'émétique fut administré à la dose de dix grains dans une livre d'infusion de tilleul, après un mûr examen de l'état du malade, et après que l'on se fut assuré que les voies digestives étaient saines et exemptes d'irritation. Il y eut action évidente

---

mes indiquent que la résolution ne se fera pas promptement et sera graduelle, les évacuations sanguines ne sont plus d'aucune utilité ; elles deviennent même nuisibles, en ôtant à la nature la dose de force nécessaire pour mener son œuvre à bonne fin, pour préparer les crises s'il doit s'en opérer, etc.

du remède, puisqu'il produisit deux vomissemens de matières bilieuses porracées, quatre selles copieuses et une abondante transpiration. Le lendemain matin, le malade étant mieux, l'émétique fut continué à la même dose, et son action se fit sentir sur les intestins, car trois selles copieuses en furent le résultat. Le mieux se soutient, tous les symptômes de la maladie s'amendent successivement, le sommeil reparaît : même dose d'émétique, même action sur les intestins, mieux toujours croissant; enfin, le 2 octobre, le malade pouvait être considéré comme guéri.

Dira-t-on ici que l'émétique a agi comme antiphlogistique direct, qu'il a été absorbé et qu'il a modifié dans le sang les conditions qui constituaient l'état inflammatoire du poumon ? On ne saurait fournir aucune preuve à l'appui de cette explication ; tandis que nous avons constaté positivement l'action de l'émétique sur le tube digestif, et que nous avons vu la maladie céder au fur et à mesure qu'il y opérait la révulsion. L'efficacité si prompte de cette dernière a dépendu sans doute de l'état d'intégrité dans lequel se sont trouvés les organes sur lesquels elle s'opérait. Il n'en aurait certainement pas été de même, si ces organes avaient été le siége d'une irritation ; car cette dernière eût été exaspérée, et alors les résultats n'auraient pas manqué de devenir funestes, comme

le démontrent les exemples d'insuccès rapportés par plusieurs médecins, et dont je pourrais moi-même augmenter le nombre par de nouvelles observations. Chez aucun des malades dont les pneumonies étaient compliquées d'une irritation plus ou moins prononcée du canal intestinal, l'émétique n'a réussi ; il semble, au contraire, dans quelques cas, avoir hâté la mort (1).

Il est donc bien démontré pour moi que la condition indispensable pour que l'émétique à haute dose ait du succès, dans les maladies dont nous parlons, est qu'il faut que le canal digestif soit dans un état de parfaite intégrité, c'est à dire exempt de toute nuance d'irritation, de toute disposition même à s'irriter; autrement, la phlegmasie gastrique ou intestinale ne tarderait pas à s'éveiller, elle réagirait sur celle des poumons, et le malade succomberait. Il peut arriver, et il arrive en effet, que la gastro-entérite devenant très intense, la maladie des poumons se guérit, mais le malade n'en succombe pas moins à cette inflammation gastro-intestinale, qui remplace la première.

Les deux observations suivantes viennent encore à l'appui de ces diverses considérations.

---

(1) *Mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires,* T. XXXI, p. 340 et suivantes.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Rhumatisme articulaire aigu très intense, traité par le tartre stibié à haute dose : guérison complète en très peu de temps.

M***, voltigeur au 47e régiment de ligne, âgé de 28 ans, d'un tempérament bilieux et sanguin, d'une forte constitution, fut pris en 1825 d'un rhumatisme articulaire aigu très intense, qui céda en peu de temps aux bains et aux applications de sangsues faites à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce. Depuis lors, sa santé avait été parfaite, et il n'avait jamais éprouvé le moindre ressentiment de son affection, jusqu'au 1er septembre 1832. A cette époque, il lui survint, sans cause connue, au pied droit, un gonflement suivi de violentes douleurs, qui s'étendirent bientôt aux deux genoux et ensuite à l'épaule droite.

Le 2 septembre, le pied gauche et l'épaule du même côté furent pris, et le malade fut de suite envoyé à l'hôpital de Cette.

A la visite du 3 septembre, au matin, il présentait l'état suivant : tête libre et non douloureuse; visage rouge, animé; yeux vifs, larmoyans; bouche légèrement pâteuse; soif ardente, désir de prendre des boissons fraîches acidulées; langue large, épanouie, blanchâtre au milieu,

un peu plus colorée que dans l'état naturel sur ses bords et à sa pointe, où l'on observe des papilles très développées; légère irritation à la gorge; respiration large, ample, sans fréquence, mais très chaude; le malade dit qu'à chaque expiration il lui semble qu'il sort du feu de sa poitrine; celle-ci n'est point douloureuse; il n'y a pas de toux; la région épigastrique, les hypochondres et le reste de l'abdomen ne présentent rien à noter; les selles sont naturelles, les urines assez abondantes et très colorées; douleur assez vive dans toutes les articulations, avec léger gonflement; membres privés de mouvement; grande agitation; insomnie; température de la peau très élevée; moiteur générale; pouls fort, large, sans être très fréquent. Prescription : infusion de fleur de tilleul gommée, cataplasmes émolliens sur les articulations douloureuses, diète :

Le 4, point de soulagement, même état que la veille; la moiteur n'existe plus. Saignée du bras de seize onces; du reste, même prescription; léger amendement pendant la journée. Le soir, vers huit heures, les douleurs étaient toujours les mêmes. Après avoir bien examiné le malade, et m'être assuré de l'intégrité parfaite des voies digestives, j'engageai le médecin de l'établissement à administrer l'émétique à haute dose : il fut prescrit de suite à celle

de douze grains dans seize onces d'infusion de tilleul, avec addition de sirop diacode et de sirop commun de chacun une once, à prendre par demi-verre de quatre en quatre heures; diète.

Le 6, le malade se trouva soulagé, il avait éprouvé quatre vomissemens de matières glaireuses mêlées de bile; point d'évacuations alvines; les douleurs avaient presque entièrement disparu; il remuait ses membres sans trop augmenter la douleur, qui la veille était encore très intense. Le gonflement des articulations des membres supérieurs avait disparu, la langue était nette, épanouie et humide : même prescription.

Le 7, le malade ne ressentait plus aucune douleur, il n'avait eu ni vomissemens ni selles, le pouls était dans son état naturel; la soif avait disparu, et la langue était très humide. Même prescription : deux bouillons.

Le 8, le malade avait bien reposé pendant la nuit; sueurs abondantes dans la matinée; il eut deux évacuations alvines liquides; point de vomissement; grande envie de manger : même prescription; quatre bouillons.

Le 9, l'état du sujet est de plus en plus satisfaisant; il n'éprouve aucune douleur; les sueurs diminuent, l'appétit augmente; le tartre stibié est suspendu : deux soupes, deux bouillons.

Le 13, M*** est en parfaite convalescence; le 17, il sort de l'hôpital parfaitement guéri, et, le 23, il reprend son service.

TROISIÈME OBSERVATION.

Rhumatisme articulaire aigu intense, traité par le tartre stibié à haute dose; gastro-entérite légère, fortes coliques : guérison lente et difficile.

G***, âgé de 25 ans, matelot à bord d'un bâtiment marchand anglais, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une très forte constitution, jouissait habituellement d'une bonne santé, malgré les excès qu'il faisait en tout genre.

A son arrivée au port de Cette, le 15 novembre 1832, il était fortement mouillé; et, avant de pouvoir songer à sécher ses habits, il lui fallut remplir les devoirs qui lui étaient imposés. Il ressentit alors un refroidissement général, qui lui fit éprouver une vive et désagréable impression. Dans la soirée, il fut obligé de se coucher, après avoir bu plusieurs tasses de vin chaud sucré : le sommeil fut paisible pendant la nuit; il y eut une moiteur générale; vers le matin, la sueur se déclara.

Le lendemain, 16 novembre, G*** voulut se livrer à ses occupations ordinaires; mais il fut pris, dans la journée, de très fortes douleurs

aux hanches et aux genoux ; elles se répandirent successivement dans toutes les articulations, et, le soir, la fièvre se déclara; la constipation existait depuis deux jours.

Dans l'impossibilité de recevoir à bord les soins qu'exigeait son état, cet homme entra à l'hôpital de Cette, le lendemain, 17 novembre. Il présentait, le lendemain, 18, les symptômes suivans : face un peu rouge; peau sans chaleur ni moiteur; pouls un peu fréquent, fort et plein; langue enduite de mucosités jaunâtres ; point de selles depuis quatre jours; douleurs assez vives dans toutes les articulations et à la région lombaire, sans gonflement : tartre stibié, dix grains dans une livre de décoction d'orge miellée, avec addition de deux onces de sirop de pavot blanc, à prendre dans la journée; diète.

Le 19, les douleurs étaient les mêmes, peut-être plus fortes; il n'y avait eu ni selles ni vomissemens, seulement des sueurs abondantes s'étaient manifestées : tartre stibié, comme la veille.

Le 20, même état, nausées sans vomissemens, point de selles, sueurs abondantes, même traitement.

Le 21, je vois le malade pour la première fois : la tête est pesante, embarrassée; une assez forte chaleur et de la douleur existent à la région sus-orbitaire : face animée, vultueuse, rouge, ex-

cepté aux ailes du nez et à la commissure des lèvres, où l'on aperçoit une teinte jaune paille; les yeux sont rouges, larmoyans, douloureux au toucher; lèvres rouges fendillées; bouche pâteuse, langue rouge sur ses bords et à sa pointe, recouverte dans son milieu d'un enduit jaune, ayant de la tendance à se dessécher; soif modérée; organes de la déglutition et de la respiration en bon état; douleur à la région épigastrique, augmentant par la pression : rien de particulier aux hypocondres, ventre un peu tendu, sans être douloureux à la pression; coliques qui se font sentir de temps à autre; constipation opiniâtre; urines rouges; chaleur générale du corps très élevée; pouls fort, large, très développé et assez fréquent; douleurs très violentes aux articulations des membres supérieurs et inférieurs; léger gonflement avec rougeur, observé aux deux genoux : même traitement.

Le 22, le malade éprouva des douleurs plus fortes; il y avait eu un vomissement et une selle liquide; la langue était rouge, le ventre rénitent et douloureux à la pression exercée sur la région ombilicale; il y avait beaucoup de fièvre. Le tartre stibié est suspendu. G*** est mis à l'usage des boissons rafraîchissantes et émollientes; deux applications de sangsues sont faites à l'épigastre, après que l'on eut pratiqué une saignée du bras.

La gastro-entérite céda sous l'influence de ce traitement, et les douleurs articulaires s'amendèrent aussi d'une manière très sensible.

Le 29 novembre, le malade entra en convalescence de sa gastro-entérite; il avait de l'appétit; les douleurs articulaires continuaient à diminuer, mais très lentement.

Le 14 décembre, les douleurs revinrent avec une nouvelle force: délayans, diète.

Le 21, invasion subite, au milieu de la nuit, de très fortes coliques, sans chaleur à la peau, ni rougeur à la langue, ni fréquence du pouls; constipation. Le ventre était un peu tendu et très sensible à la pression; la peau des extrémités devenait froide par intervalles; les douleurs abdominales et articulaires étaient très vives et presque continuelles. Pédiluve sinapisé, briques chaudes aux pieds; applications émollientes sur l'abdomen.

Le 22, même état; la sensibilité abdominale augmenta vers le milieu du jour, et elle allait toujours croissant, lorsque, le soir, le malade éprouva des évacuations alvines abondantes, qui firent cesser subitement les douleurs du ventre: celles des articulations étaient toujours très fortes; il fut décidé qu'elles seraient attaquées par les applications des sangsues sur les points douloureux, la continuation des émolliens à l'extérieur et à

l'intérieur, le tout secondé par un régime convenable.

G*** ne fut entièrement débarrassé de son affection rhumatismale que le 30 février 1833, c'est à dire quatre mois moins quelques jours après son invasion.

Voilà deux malades dans la force de l'âge, et d'une forte constitution, ayant, en outre, quelque similitude par leur tempérament, leurs travaux et même par le genre de vie; ils sont affectés l'un et l'autre de la même maladie, et soumis au même traitement, à peu près. Chez le premier, le tartre stibié, administré à haute dose, fait disparaître l'affection rhumatismale en très peu de temps (cinq jours); tandis que nous voyons que le même moyen, employé chez le second, ne produit qu'un effet peu marqué, et que la maladie se prolonge quatre mois moins quelques jours. A quoi attribuer cette différence énorme dans les résultats obtenus? Elle provient évidemment de ce que le premier malade, qui a été soumis au traitement, avait les voies gastriques dans un état parfaitement sain, tandis que le second, au contraire, était atteint d'une irritation gastro-intestinale, qui a été exaspérée par l'émétique, et qui a nécessité, pour la combattre, la cessation de ce médicament, et l'emploi du traitement qui convient à ces sortes d'affections. Il importe de remarquer aussi que

l'administration de l'émétique, chez le second malade, n'a pas été précédée de l'emploi de la saignée et des émolliens, comme chez le premier. Or, ainsi que je l'ai dit plus haut, les émissions sanguines m'ont toujours paru très utiles avant l'administration de l'émétique à haute dose, et je regarde cette médication comme généralement indispensable, alors même qu'il n'y aurait pas, au premier abord, une indication bien précise d'y recourir.

D'après tout ce qui précède, il me semble incontestable que c'est par les lois de la révulsion sur le canal intestinal, qu'on peut se rendre compte de l'action de l'émétique à haute dose dans les maladies dont il a été question ; du moins, cette manière d'envisager son action paraît-elle réunir en sa faveur plus de probabilités, que celle qui le fait considérer comme un antiphlogistique direct. Au surplus, quel que soit le véritable mode d'action de cette substance, en admettant même que l'explication que je préfère ne soit pas exacte, il n'en demeurera pas moins certain que la condition indispensable à sa bonne réussite sera toujours l'intégrité du tube digestif. Dans les circonstances opposées, elle ne manque pas de produire un effet tout à fait désavantageux.

Ce serait peut-être ici le lieu d'étudier les lois de la révulsion, pour en faire l'application au cas qui nous occupe, et corroborer ce que nous ve-

nons de dire ; mais les bornes d'une simple note s'opposent à plus d'extension. Craignant même de l'avoir rendue trop longue, je me bornerai aux propositions suivantes :

1°. L'émétique donné à haute dose agit en déterminant une puissante révulsion sur le canal intestinal, au préjudice des maladies contre lesquelles on l'administre.

2°. Pour obtenir ce résultat avantageux, il faut que les voies digestives se trouvent dans un état parfait d'intégrité ; autrement il en résultera un effet nuisible.

3°. Il sera le plus souvent indispensable de faire précéder l'emploi de l'émétique par des émissions sanguines générales et locales plus ou moins répétées, suivant les cas, et suivant la vigueur des malades.

4°. Il conviendra, chez les vieillards, d'être sobre d'évacuations sanguines, et de se hâter de leur administrer l'émétique à haute dose, qui produit sur eux de merveilleux effets, surtout dans les cas de pleuropneumonie.

5°. On ne devra plus attendre, pour donner le tartre stibié, que l'état du malade soit presque désespéré ; ce médicament peut être maintenant considéré comme un des bons moyens de guérison que nous possédions, toutes les fois que son administration est faite convenablement, et dans les conditions dont il a été précédemment parlé.

6°. Le médecin doit surtout se hâter de l'administrer toutes les fois que, sous l'influence des émissions sanguines, l'état du sujet cesse de s'améliorer, et qu'il aperçoit, outre la persistance des symptômes, un commencement d'altération des traits de la face. J'ai vu, dans de semblables circonstances, l'émétique produire de merveilleux effets entre les mains de Laennec, même chez des malades dont une grande partie du poumon était dans un état d'hépatisation, avec infiltration purulente et commencement d'épanchement.

7°. Enfin, dans la pleurésie proprement dite, l'action avantageuse de l'émétique à haute dose est loin d'être constatée : Laennec avait remarqué qu'il faisait seulement tomber promptement l'éréthisme, sans favoriser la résorption du liquide épanché, et même sans hâter, d'une manière sensible, la résolution, lorsqu'il n'existait pas d'épanchement.

Les faits suivans, recueillis à l'hôpital de Thionville, confirment les éloges que M. Larroque accorde à l'émétique dans les pneumonies et les péripneumonies aiguës, ainsi que les considérations qu'il a présentées, relativement aux circonstances susceptibles de favoriser l'action avantageuse de cette substance.

OBSERVATIONS

Sur quelques pleuropneumonies guéries par le tartre stibié à haute dose, dans le service médical de l'hôpital militaire de Thionville (1) ;

Par M. LOUIS-LEROY,

Pharmacien sous-aide.

P***, soldat au 9e régiment d'infanterie légère, se présenta à l'hôpital, le 3 août, atteint d'une pleuropneumonie des plus intenses, accompagnée d'hémoptysie. La douleur qui existait

---

(1) Puisqu'il est ici question de l'hôpital militaire de Thionville, qu'il nous soit permis de répondre quelques mots à une réclamation adressée au Conseil de santé par les officiers de santé en chef de cet établissement. Nous attachons trop de prix à ce qu'une impartialité bienveillante préside à la rédaction des *Mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*, pour ne pas réparer immédiatement les erreurs involontaires qui peuvent nous échapper.

MM. les officiers de santé en chef de l'hôpital de Thionville revendiquent en faveur de M. Cardailhac, un de leurs collaborateurs, une observation d'os retenu dans l'œsophage qui a été insérée dans le tome XXXIII de ce recueil, p. 408. Si nous n'avons pas signalé M. Cardailhac comme l'auteur de cet intéressant travail, c'est que la note mise sous nos yeux ne portait ni signature, ni indication du lieu où elle avait été rédigée, la lettre d'envoi s'en étant sans doute détachée. Il fallut bien, dans cette incertitude, laisser la

dans tout le côté gauche était accompagnée d'une grande agitation, qui portait incessamment le malade à se découvrir, et ne lui permettait pas

---

narration anonyme, et nous sommes heureux de pouvoir aujourd'hui la rendre à celui à qui elle appartient.

Quelques omissions ont dû presque inévitablement se glisser dans notre analyse des rapports adressés au Conseil de santé sur le choléra-morbus. Il était difficile, au milieu de matériaux qui se succédaient incessamment, de n'en laisser échapper aucun : le nombre, heureusement, de ceux dont nous avons oublié de parler paraît être fort petit. Parmi eux, toutefois, se trouve un rapport de MM. les officiers de santé en chef de l'hôpital de Thionville, contenant quelques observations, écrites à la hâte, et dont la plupart ne sont pas terminées, sur la cruelle épidémie qui vint nous visiter, il y a trois ans. Mais cet oubli d'un travail d'ailleurs estimable ne pouvait empêcher le Conseil, qui tient compte de tous les services, de rendre justice à nos honorables confrères. Leur zèle n'a point été méconnu, personne n'en a pu douter, et il n'était en aucune manière besoin, pour l'attester, de certificats de l'autorité administrative et militaire. Si, sur quatre-vingt-treize cholériques, ils en ont perdu cinquante-sept, le Conseil a bien pensé que la gravité de l'épidémie expliquait suffisamment ce que ces chiffres pouvaient avoir, en apparence, de défavorable, et il n'en a eu que plus d'estime pour la persévérance et le courage qu'il a fallu déployer dans d'aussi pénibles circonstances.

Ces explications satisferont, nous osons l'espérer, les estimables auteurs de la réclamation à laquelle nous répondons. (*N. D. R.*)

de rester un moment tranquille. Il y avait une gêne extrême de la respiration, de l'insomnie, une altération excessive, et, malgré la quantité de liquide dont le malade faisait usage, la bouche restait sèche et aride. Application de quinze sangsues sur le point douloureux; diète; tisane gommeuse à grande dose; deux émulsions avec trois gouttes de teinture d'opium dans chaque.

Le lendemain, 4 août, le malade ne se trouvant pas soulagé, le médecin prescrit une forte saignée, et le soir une nouvelle application de quinze sangsues. Mais ces émissions sanguines ne procurent qu'une faible amélioration. On a recours aux ventouses scarifiées sur le point douloureux, qui, néanmoins, persiste. La tisane mucilagineuse et les potions émulsives, légèrement opiacées, dans l'intention de diminuer la toux, qui occasione de grandes douleurs, sont continuées le 4 et le 5 sans que le malade se trouve mieux.

Alors on pensa qu'il convenait d'unir aux moyens précédens l'usage du tartre stibié à haute dose, qui avait réussi déjà plus d'une fois dans des circonstances aussi graves. En conséquence, le 6 au matin, on prescrit huit grains de cette substance dans douze onces d'émulsion, avec addition de six gouttes de teinture d'opium, à prendre par cuillerée toutes les demi-heures. Le

malade vomit, après les premières doses, une matière jaune verdâtre, et, le soir, se trouva déjà soulagé : la respiration était plus facile. Le lendemain, le point de côté avait disparu, et le pouls qui, précédemment, était toujours élevé, revint presqu'à son état naturel.

Le malade ayant eu des évacuations abondantes par le haut et par le bas, et étant affaibli d'ailleurs par les émissions sanguines exécutées précédemment, ces circonstances firent suspendre l'usage de la potion, dont on n'avait guère donné que la moitié, ce qui n'empêcha pas les symptômes de s'améliorer, et P*** d'arriver à un état voisin de la convalescence, qui ne se fit plus attendre long-temps.

Ce militaire n'est pas le seul à qui l'on ait administré le tartre stibié avec succès. Au mois d'avril dernier, un autre soldat du 9e léger, atteint d'une pleuropéripneumonie, n'avait éprouvé aussi qu'une légère modification dans sa situation, à la suite de saignées générales et d'applications de sangsues. Une dose de quatre grains de tartre stibié dissous dans deux potions émulsives, faiblement opiacées, produisit un effet aussi prompt qu'heureux. Dès ce moment, une amélioration sensible se manifesta dans tous les symptômes; le malade ne vomit pas, il n'eut que quelques nausées, et la guérison se prononça promptement.

Un troisième sujet, qui se trouvait dans le même temps à l'hôpital, atteint d'une bronchite aiguë, n'ayant éprouvé aucun mieux à la suite des émissions sanguines, fut soumis à l'usage de l'émétique à haute dose, administré dans le même véhicule que précédemment. On y ajouta l'emploi de la pommade stibiée, qui produisit sur la poitrine une éruption assez forte, et, de concert avec l'action du premier moyen, amena également une solution prompte de tous les symptômes, qui avaient un degré notable de gravité.

Cette médication, qui exige de la surveillance et des soins, surtout lorsqu'on en est encore aux essais, a réussi deux autres fois, dans des cas analogues, où les saignées n'avaient pas produit l'effet que l'on était en droit d'en attendre ; mais les détails de ces faits m'entraîneraient trop loin : il suffit d'en indiquer sommairement les résultats.

A ces observations confirmatives des avantages qu'offre le tartre stibié à haute dose, il convient d'ajouter celles que renferme le travail suivant, de M. Cassagne. On y verra l'émétique, administré plus franchement, plus hardiment que dans les cas dont il a été jusqu'ici question, produire des effets non moins salutaires, et remarquables par la rapidité des guérisons qui les ont suivis. Le médecin dans la pratique duquel ces faits ont été recueillis partage une opinion opposée à celle

de M. Larroque, et professée par le plus grand nombre des praticiens physiologistes ; le lecteur, en comparant les argumens présentés de part et d'autre, pourra plus facilement apprécier leur valeur respective, et asseoir son jugement.

DE L'EMPLOI

Du tartre stibié dans les phlegmasies pulmonaires ;

Par M. CASSAGNE,

Docteur en médecine, chirurgien-aide-major au 36e régiment de ligne.

Je n'avais pas encore vu employer le tartre stibié à haute dose ni essayé d'en faire usage, lorsque des circonstances récentes me permirent d'observer les effets de son administration. J'avais conservé jusqu'ici, je l'avoue, des doutes sur l'utilité de cette substance contre les phlegmasies du parenchyme pulmonaire, surtout parmi les militaires, généralement bien constitués, chez lesquels le traitement antiphlogistique rend journellement de très grands services.

Sans émettre d'opinion absolue ni m'ériger en partisan exclusif de l'émétique à haute dose, je vais exposer, avec impartialité, plusieurs observations de pneumonies aiguës traitées avec suc-

cès par ce moyen, à la clinique médicale de l'hospice civil et militaire de Mézières, où je les ai recueillies. M. Amestein, médecin de l'établissement, praticien d'un grand mérite, emploie depuis plusieurs années ce traitement, et en obtient les plus grands avantages. Il a d'autant plus lieu d'être satisfait de ses résultats, que depuis qu'il l'a adopté, il n'a perdu qu'un seul malade, par suite du refus invincible de prendre l'émétique.

Ce médecin considère le tartre stibié, pris à haute dose, comme le moyen curatif le plus énergique, le plus expéditif, celui qui détermine la résolution la plus prompte et la plus complète de la maladie. Toutefois, son administration est contre-indiquée, lorsqu'il existe quelques signes qui annoncent une irritation gastro-intestinale; tout comme elle doit être précédée de plusieurs évacuations sanguines, lorsque l'état phlogistique prédomine, chez des sujets doués d'ailleurs d'un tempérament éminemment sanguin.

PREMIÈRE OBSERVATION.

T***, grenadier au 36e de ligne, âgé de vingt-cinq ans, d'une forte constitution, entra à l'hôpital le 5 mars 1833. Quelques jours auparavant, ce militaire, après s'être exposé à un air froid et humide, ayant le corps en sueur, avait éprouvé des

frissons, de la fièvre, une toux assez vive et quelques coliques suivies de diarrhée.

Le 5 mars, jour de son entrée à l'hôpital, il était dans l'état suivant : faiblesse musculaire, abattement général, inquiétude; respiration courte et difficile ; toux fréquente, comme *saccadée;* crachats visqueux, sanglans; douleur vive et profonde, fixée au côté gauche de la poitrine, qui augmente par l'inspiration et s'oppose au libre développement du thorax; pommettes très colorées; chaleur vive à la peau; pouls dur, serré, fréquent, donnant environ cent vingt pulsations par minute. A la percussion, la poitrine rend un son mat dans toute la région où siége le point douloureux, particulièrement à la partie postérieure et supérieure du thorax ; râle crépitant à la partie inférieure du thorax, et respiration bronchique supérieurement. Le poumon droit fait entendre un léger râle visqueux, et n'offre pas de son mat. Point de céphalalgie; facultés intellectuelles intactes ; langue sèche et blanchâtre, soif très vive; désir très prononcé des boissons froides; abdomen souple; diarrhée. *Prescription :* saignée du bras de douze onces ; fomentations émollientes sur le point douloureux ; tisane pectorale édulcorée avec le sirop de guimauve; lavement émollient; diète.

A la visite du soir, même intensité des symp-

tômes : anxiété extrême ; gêne plus marquée de la respiration; toux convulsive; même nature des crachats; point de côté plus prononcé; pouls dur et fréquent; mêmes signes physiques fournis par l'auscultation et la percussion : vive inquiétude de la part du malade. *Prescription :* saignée réitérée du bras; huit grains de tartre stibié dans six onces d'infusion de feuilles d'oranger et une once de sirop de capillaire, à prendre en quatre fois, de deux heures en deux heures; même tisane. La première dose du tartre stibié provoque seulement quelques nausées ; cinq heures après son administration, le pouls se ralentit sensiblement et une transpiration abondante se manifeste.

Le 6, la nuit a été assez tranquille; insomnie; mieux très sensible; moiteur générale, rougeur moins vive des pommettes; pouls souple, ralenti, donnant quatre-vingt-dix pulsations par minute; douleur de côté moins profonde ; toux assez vive, expectoration médiocrement abondante; crachats moins sanglans; langue blanchâtre et humide; moins de désir pour les boissons froides; suppression des déjections alvines; apparition d'une légère céphalalgie. *Prescription :* tisane pectorale ; huit grains de tartre stibié, dans la même quantité de véhicule et pris de la même manière; vésicatoire sur le point douloureux. Le malade supporte très

bien le médicament, et n'éprouve aucune nausée.

Le 7, somnolence; amélioration très remarquable; la douleur de côté a diminué considérablement; la respiration est plus libre; le thorax est moins contracté; la toux est devenue plus rare; l'expectoration s'opère facilement; les crachats sont blanchâtres, spumeux, sillonnés de stries brunâtres, et n'adhèrent pas au fond du vase; le pouls est lent, la peau chaude, couverte de sueur; la soif est nulle; les pommettes offrent une teinte légèrement rosée; les traits du visage, naguère altérés, se dérident et présentent un calme parfait; le râle crépitant ne se fait plus que très légèrement entendre dans le poumon gauche; le thorax reprend sa sonoréité normale, et l'air semble s'introduire avec plus de facilité dans le parenchyme pulmonaire. *Prescription* : tisane pectorale; tartre stibié, six grains, dans la même infusion; looch gommeux, diète.

Le 8, l'amélioration se soutient, sommeil tranquille toute la matinée; le malade se couche sur le côté, ce qu'il n'avait pu faire jusqu'alors, la douleur pleurétique est à peine sensible; point de fréquence dans le pouls; respiration très libre; toux rare, ainsi que l'expectoration; crachats moins abondans et catarrheux; à l'auscultation, les organes pulmonaires ne paraissent plus en-

goués, et agissent assez librement ; moiteur constante de la peau; quelques évacuations alvines; calme parfait; sentiment de faiblesse générale et désir de prendre des alimens. *Prescription :* même tisane ; suppression de l'émétique ; looch gommeux, deux bouillons dans la journée.

Le 9, le malade est très bien ; il a reposé presque toute la nuit ; disparition totale des symptômes, sauf l'expectoration de crachats visqueux, qui est encore assez abondante; développement progressif de l'appétit. On supprime le vésicatoire ; même tisane ; deux soupes dans la journée.

A dater de ce jour, l'amélioration fait de rapides progrès : la respiration est très naturelle, le malade digère très bien les alimens qu'on lui accorde, et réclame tous les jours une nourriture plus abondante. Les forces physiques reviennent promptement, quelques jours suffisent pour obtenir une convalescence très franche, et T*** sort de l'hôpital parfaitement guéri, le 4 avril.

DEUXIÈME OBSERVATION.

R***, fusilier au même régiment, âgé de vingt-quatre ans, fortement constitué, éprouva des frissons, des douleurs vagues, un mal de gorge et une toux assez opiniâtres, à la suite de plusieurs jours de marche par un temps constamment plu-

vieux. Ces symptômes nécessitèrent son entrée à l'hôpital de Mézières, immédiatement après notre arrivée dans cette ville, qui eut lieu le 20 février 1833.

Le 21, à la visite du matin, il offrit les symptômes suivans : douleur vive au côté droit de la poitrine et à sa partie moyenne ; grande gêne de la respiration, toux fréquente, suivie d'expectoration visqueuse mêlée de sang ; pouls plein et fréquent ; chaleur et sécheresse de la peau ; pommettes colorées, face ridée, exprimant une grande souffrance ; céphalalgie ; langue sèche ; soif ; météorisme de l'abdomen ; constipation. L'auscultation démontre un râle bronchique dans tout le poumon droit, et une légère surdité au sommet du même poumon : son très mat à la partie supérieure et postérieure du thorax du côté droit ; peu de résonnance à sa partie inférieure ; son très clair dans tout le côté gauche de la poitrine. *Prescription :* tisane pectorale ; saignée du bras de dix onces ; potion gommeuse, avec six grains de tartre stibié, à prendre par fractions ; lavement purgatif ; fomentations émollientes sur le point douloureux ; diète. L'émétique détermine plusieurs vomissemens dans la journée, ainsi que trois évacuations alvines ; mais les symptômes persistent.

Le 22, le sang qu'on a conservé est couenneux,

mais son évacuation n'a pas arrêté la marche de la phlegmasie : agitation pendant la nuit ; rêvasseries, point de côté très douloureux, même au toucher ; respiration très pénible ; toux opiniâtre ; crachats sanguinolens ; pouls serré et fréquent ; matité plus étendue et respiration bronchique ; pommettes très animées ; yeux enfoncés dans les orbites ; céphalalgie ; bouche pâteuse ; soif ; ventre souple. *Prescription :* même tisane ; infusion de feuilles d'oranger, six onces, avec addition de huit grains de tartre stibié, édulcorée avec une once de sirop de capillaire ; diète. L'émétique provoque, dans la journée, quelques nausées, puis une diarrhée copieuse et une transpiration abondante. Le pouls perd de sa fréquence ; point de diminution dans les symptômes. A la visite du soir, on réitère la potion composée de huit grains de tartre stibié ; looch gommeux avec trois gros de sirop diacode.

Le 23, amélioration sensible, nuit calme, six selles peu copieuses : diminution du point de côté ; respiration plus facile ; toux rare ; expectoration moindre ; crachats moins colorés ; pouls moins fréquent ; moiteur onctueuse de la peau ; matité moins prononcée, expectoration visqueuse ; pommettes décolorées ; tête libre ; langue blanchâtre et humide ; soif nulle ; abdomen souple ; cuissons au fondement. *Prescription :* même tisane, même

potion avec six grains de tartre stibié, embrocations anodines sur l'abdomen, diète.

Le 24, le malade est mieux et supporte facilement la potion stibiée. Deux selles dans la nuit. La respiration, devenue moins bronchique, se fait avec plus de facilité; le pouls a perdu de sa fréquence; le point douloureux est à peine sensible; la toux est rare, ainsi que l'expectoration; les crachats sont blanchâtres et d'un fond couleur de rouille; transpiration très copieuse pendant la nuit. Le calme renaît dans l'esprit du malade, qui n'éprouve qu'un abattement général. *Prescription :* tisane pectorale; six grains d'émétique dans le même véhicule que la veille; diète.

Le 25, nuit calme, sommeil de quatre heures : point d'évacuation alvine; transpiration toujours abondante; le point de côté fait éprouver par momens au malade quelques élancemens; la respiration est naturelle, le râle muqueux succède au râle bronchique; toux rare, sans expectoration; langue humide, pouls très lent; le malade éprouve de l'appétit. *Prescription :* on supprime le tartre stibié; même tisane; deux bouillons dans la journée.

Le 26, l'état du malade est des plus satisfaisant; la résolution de la pneumonie fait de nouveaux progrès, et l'on entend, à l'aide du stéthoscope, l'air pénétrer facilement dans les vési-

cules pulmonaires ; point de fièvre ; l'appétit augmente. *Prescription* : tisane gommeuse ; soupe matin et soir.

Le 27, le malade est très bien : il ne ressent aucune douleur de côté ; il digère parfaitement les alimens qu'on lui accorde, et qui, ne pouvant suffire à son appétit dévorant, sont graduellement augmentés.

Les jours suivans, le malade va de mieux en mieux ; la convalescence est très courte, et quelques jours suffisent pour son rétablissement : il sort enfin de l'hôpital le 12 mars 1833, parfaitement guéri.

Bien que, chez les deux hommes qui font le sujet des observations précédentes, on ait fait précéder l'administration du tartre stibié à haute dose par des saignées du bras, on ne peut s'empêcher d'attribuer à l'émétique une grande part dans les résultats heureux du traitement. La seconde observation surtout est une preuve irrécusable de son efficacité, puisque l'on voit les symptômes persister avec la même intensité, malgré une évacuation sanguine, et se calmer comme par enchantement, après la deuxième administration du tartre stibié (1). Malgré l'évidence des faits qui

(1) Nous ne pouvons nous dispenser de faire remarquer que l'évacuation sanguine avait été accompagnée de l'émétique, et que le reproche d'inefficacité qui lui est adressé

parlent en faveur de ce médicament pris à haute dose dans le traitement des phlegmasies pulmonaires, les évacuations sanguines y jouent, toutefois, également un grand rôle et contribuent pour leur part à la guérison. Que dans les cas les plus graves, et sur des individus de la vie desquels on désespérait, on ait eu recours, même avecsuccès, à l'émétique à haute dose, et sans autre traitement préalable, cela peut être ; mais je pense pourtant que les saignées ne doivent point être rejetées, surtout chez des hommes d'un tempérament éminemment sanguin, et qu'il est très rationnel de les pratiquer, tout en administrant le tartre stibié. Je ne puis insister davantage sur cette question, et je dois me borner à exposer le genre de médication employé dans l'hospice de Mézières, et où il rend tous les jours de grands services.

Il est assez difficile d'expliquer les effets immédiats de la médication stibiée. Agirait-elle par une révulsion plus ou moins énergique, exercée soit

---

pourrait convenir également à ce dernier. Mais, dira-t-on, l'émétique a ensuite procuré du soulagement et enfin la guérison. A cela on peut répondre que les exemples de guérisons obtenues par la réitération des saignées ne sont pas rares, et qu'il ne faut pas se hâter de juger trop défavorablement ce moyen thérapeutique. (*N. du R.*)

sur la membrane muqueuse gastro-intestinale, soit sur le système cutané? Les vomissemens, les déjections alvines et une transpiration abondante qui se manifestent généralement, sont des phénomènes qui s'expliqueraient assez facilement par cette théorie. Mais il arrive aussi, quelquefois, que ces sécrétions n'ayant point lieu, la résolution des phlegmasies n'en continue pas moins sa marche. On ne peut donc établir d'une manière absolue que les évacuations révulsives, intestinales ou cutanées, soient indispensables pour opérer les guérisons que produit le tartre stibié.

Mais, indépendamment de cette considération, le médecin attentif doit reconnaître encore qu'il existe d'autres phénomènes très remarquables, que l'on ne peut attribuer qu'à l'émétique à haute dose, et qui sont plus constans que ceux déjà cités. Par son absorption, et peut-être aussi par suite de quelques décompositions chimiques qu'il subit, il agit sur plusieurs systèmes :

En activant la perspiration cutanée, il détermine une diaphorèse marquée, dont la brusque suppression est assez ordinairement une des principales causes efficientes des phlegmasies pulmonaires, en concentrant vers les organes intérieurs un afflux considérable de sang que le sel antimonial rappelle à la périphérie.

Le second phénomène que l'on observe est

un ralentissement bien prononcé de la circulation, que l'on ne peut expliquer qu'en admettant une action sédative exercée par le tartre stibié sur le système circulatoire ainsi que sur les nerfs pulmonaires.

Enfin, la résolution assez prompte qui succède à l'administration de l'émétique semble résulter de la fluidité qu'acquiert le sang phlogosé, accumulé dans le parenchyme pulmonaire, et qui, par une espèce de consistance phlogistique, occasione les engorgemens sanguins, les indurations, et plus tard, les degrés nombreux de l'hépatisation des poumons.

Telle est, sur la médication qui nous occupe, l'opinion de plusieurs médecins, et notamment celle de M. Amestein, qui considère l'émétique pris à haute dose, comme un puissant antiphlogistique direct, lequel, par son absorption, agit chimiquement sur le sang, et modifie les conditions de ce liquide qui constituent l'état inflammatoire. D'après les phénomènes que j'ai aperçus dans les observations qui viennent d'être lues, je ne puis que partager la même opinion.

NOTE

SUR

Les effets obtenus de l'émétique à haute dose, dans le traitement de plusieurs affections arthritiques rhumatismales ;

Par M. FARÉOU,

Chirurgien-sous-aide à l'hôpital militaire de Rocroy.

Les maladies rhumatismales arthritiques aiguës, dont nous avons eu à Rocroy d'assez nombreux exemples, ont été combattues avec succès, par l'émétique employé à des doses élevées. Cet agent thérapeutique, toutefois, n'a été mis en usage qu'après que l'on eut modéré, au moyen des antiphlogistiques, des émissions sanguines particulièrement, la violence de l'orgasme inflammatoire général, et l'active irritation des parties articulaires affectées.

Cet orgasme, cette activité irritative et inflammatoire, tant de l'organisme entier, que spécialement des articulations, peut se mesurer, approximativement au moins, par l'intensité et la conti-

nuité de la fièvre, par la violence de ses exacerbations le soir et durant la nuit, par la force des douleurs, leur rapprochement, leur presque continuité ; enfin, par le gonflement simultané, et la chaleur des tissus, ainsi que par le développement successif plus ou moins rapide de l'affection rhumatismale dans les diverses articulations, surtout dans les grandes.

C'est de l'étude de ces conditions variées, que M. Siau-Lavigne déduit ordinairement l'indication de la saignée, que j'ai dû pratiquer jusqu'à deux fois chez trois de ses malades, et celle des applications de sangsues au pourtour des articulations affectées. Je n'ose, dit habituellement M. Siau-Lavigne, confier à d'autres moyens qu'aux émissions sanguines la diminution de la surexcitation générale fébrile, qui existe dans les rhumatismes très intenses, aussi bien que dans les pneumonies graves ; elles seules me semblent pouvoir modérer l'afflux énergique du sang vers des organes déjà prédisposés, soit par idiosyncrasie, soit morbidement, à se laisser envahir par les congestions de ce liquide.

Les émissions sanguines ayant fait cesser l'état d'irritation inflammatoire déjà existant, ou qui tendait seulement à se développer dans les voies digestives, M. Siau-Lavigne a été conduit à reconnaître un état d'embarras saburral gastri-

que, ou gastro-intestinal, dont la nature paraissait muqueuse chez la plupart des sujets, bilieuse chez quelques autres, avec un teint sale et une inappétence assez prononcée.

Les plus nombreux de ces malades présentaient une langue large, aplatie, recouverte d'une couche muqueuse, blanchâtre, humide; la soif était assez intense, et paraissait plutôt en rapport avec la fièvre et la chaleur de la peau, qu'avec un état d'irritation dans les voies digestives; l'épigastre et l'abdomen étaient souples et indolens; il n'y avait pas d'évacuations alvines anormales.

D'autres sujets, au nombre de cinq, offraient les symptômes d'un état saburral bilieux et gastrique. A l'anorexie complète, avec haleine fétide, ils joignaient un sentiment prononcé d'amertume dans la bouche; leur langue, moins humide, moins large, et plus épaisse que chez les précédens, était recouverte d'une couche jaunâtre; la soif qu'ils éprouvaient était forte; un ictère partiel, ou plutôt un demi-masque bilieux couvrait le pourtour de la bouche, le menton, les parties latérales du nez et même le dessous des paupières inférieures; ils ne pouvaient rendre l'espèce de sensation qu'ils éprouvaient à la région épigastrique : c'était un malaise, une sorte d'embarras, de poids, que la pression augmentait, le reste de l'abdomen étant d'ailleurs souple,

indolent; la constipation existait déjà depuis deux ou trois jours; les urines, rendues en petite quantité, étaient d'un jaune rougeâtre.

Deux de ces malades eurent des vomissemens de bile assez abondans après la saignée.

Telles ont été les conditions sous lesquelles l'émétique a été administré; le rhumatisme conservant d'ailleurs sa marche et son caractère aigu et violent. Six grains d'émétique étaient étendus dans une dissolution gommeuse de six onces, et les malades prenaient une cuillerée de cette dissolution toutes les demi-heures, de manière à ce qu'à chacune de ces époques il y eût un demi-grain d'émétique ingéré.

A la première dose ou à la seconde, et d'autres fois seulement à la troisième ou à la quatrième, survenaient des vomissemens abondans, et bientôt des selles copieuses; lorsque ces évacuations paraissaient trop fréquentes, on suspendait l'administration du remède. Durant le premier jour, et assez communément le lendemain, les évacuations étant apaisées, les six grains d'émétique étaient étendus dans cinq onces de dissolution gommeuse, avec addition d'une once de sirop diacode, et l'on administrait le remède comme la veille, une cuillerée à bouche toutes les demi-heures. De cette manière, il ne survenait presque plus de vomissemens, mais des évacuations al-

vines. Si celles-ci, par leur abondance, obligeaient encore une fois de suspendre le remède, on y revenait le surlendemain, et l'émétique était alors assez généralement supporté. La tolérance établie, la dose de ce sel était portée à huit grains ; on l'a élevée jusqu'à dix grains et même douze, toujours étendus dans une potion gommeuse, avec addition d'une once et demie de sirop diacode ; on l'administrait alors par cuillerée toutes les heures.

Il est devenu possible ainsi de poursuivre la médication stibiée jusqu'au sixième, huitième et dixième jour. A mesure que le rhumatisme a perdu de son caractère aigu, la fièvre a diminué, de même que les douleurs et l'engorgement des articulations. Cependant, sous l'influence de l'émétique, et alors même qu'il était bien supporté, l'affection rhumatismale s'est parfois développée avec vivacité sur des articulations qui n'avaient pas été prises jusque-là, et sur lesquelles on a dû faire des applications de sangsues, en petit nombre à la vérité, sans discontinuer la médication intérieure. Il est à remarquer aussi qu'à mesure que, d'une part, on augmentait la quantité de l'émétique, qui n'a été pris que durant le jour, pour laisser reposer les malades la nuit, et que l'état aigu de la maladie rhumatismale s'amendait sensiblement, on voyait de l'autre les malades, baignés de sueur, tomber dans une

sorte de dépérissement, par l'amaigrissement général et l'exténuation des forces musculaires. On poursuivait cependant l'administration de l'émétique jusqu'à l'extinction de la fièvre et de l'engorgement des articulations. Si, après six, huit et dix jours de l'usage de ce remède, et alors que les malades en avaient pris, plusieurs cinquante-six à soixante grains; d'autres soixante-dix grains, et deux seulement quatre-vingt-dix grains, quelques articulations restaient encore dolentes, on supprimait le tartre stibié. On fut toutefois obligé d'y revenir encore pendant deux jours chez les deux derniers des malades indiqués.

Dans les autres cas, après deux ou trois jours de repos, on combattit, à l'aide des bains tièdes, du petit-lait, des frictions sèches sur toute l'étendue du corps, l'endolorissement et la tuméfaction légère et exempte de fièvre que conservaient encore, assez généralement, les malades. Ce traitement produisit de très bons effets; on y ajouta parfois quelques linimens opiacés, et même l'extrait gommeux d'opium à l'intérieur.

Relativement au régime, nos malades furent soumis à une diète sévère durant la violence de la fièvre et pendant toutes les grandes évacuations de l'estomac et du canal intestinal; les boissons médicamenteuses même n'étaient données qu'avec beaucoup de parcimonie, afin d'éviter les

vomissemens : on faisait seulement humecter la bouche avec de l'eau d'orge, dans laquelle était étendu du miel rosat.

Dès que l'émétique était bien supporté, on accordait des bouillons, et bientôt on y ajoutait quelques alimens légers comme le vermicelle et la crême de riz. Lorsque les malades étaient arrivés à l'état d'arthralgie non fébrile, leur alimentation était rendue un peu plus substantielle; mais on ne leur accordait pas encore de vin. En général, cet état de souffrance, en quelque sorte nerveuse, des articulations a duré de huit à dix jours, après lesquels la convalescence s'est définitivement prononcée. Celle-ci a été longue, car elle a eu plus de deux fois la durée de la maladie : l'amaigrissement et l'épuisement étaient devenus si grands, que plusieurs malades sont restés longtemps à reprendre leurs forces.

J'en ai vu deux qui, à leur insu, laissaient tomber de leurs mains cuillers et assiettes; cependant, comme leur appétit ne cessait de s'aviver, que leurs digestions se faisaient bien, que leurs selles étaient régulières, et qu'une alimentation toujours proportionnée au rétablissement progressif de leurs forces leur était accordée, ces malades se sont bien rétablis et sont sortis de l'hôpital parfaitement guéris, après un séjour d'un mois et six semaines.

A l'égard des causes qui ont amené l'affection rhumatismale, ainsi que la plupart des maladies qui ont régné durant l'hiver et pendant les premiers mois du printemps, M. Siau-Lavigne les rapporte à l'humidité froide, qui a fait le fond constant de la constitution atmosphérique de l'hiver passé. En effet, novembre et décembre 1832 ont été remarquables par des brouillards épais et humides, qui duraient ordinairement des journées entières; ensuite eurent lieu des pluies qui se sont prolongées pendant janvier, février, mars et même avril 1833, et qui étaient poussées par des vents de l'ouest, plus souvent du sud-ouest, quelquefois, mais rarement, du sud-est; quatre fois seulement ces pluies ont été entremêlées de neige amenée par le vent du nord-ouest.

C'est après quelque temps de cette constitution atmosphérique, à la fois catarrhale et phlogistique, que nous sont venus presqu'en même temps les militaires atteints de bronchites, de rhumatismes, de fièvres quartes; ont suivi les pleurésies, les pleuropneumonies, les ophthalmies, les otites, etc. Nous remarquerons, en outre, que les premiers malades des divers régimens (13e et 15e d'infanterie légère, 36e et 37e de ligne, 2e, 7e, 9e de chasseurs à cheval), qui ont apparu à l'hôpital, avaient déjà été atteints l'année précédente, dans

les pays où ils se trouvaient, de catarrhes bronchiques, de rhumatismes, de fièvres intermittentes et même d'inflammations du parenchyme pulmonaire.

M. Paradis, chirurgien en chef de l'hôpital de Versailles, a aussi employé l'émétique à haute dose contre les rhumatismes aigus. « Nous avons reconnu, dit-il, dans son rapport à ce sujet, combien les bains, dans la saison froide, loin de diminuer les douleurs, en augmentent, au contraire, l'intensité. Nous avons donc eu recours avec avantage au traitement contre-stimulant, et l'emploi qui en a été fait nous a réussi. On craint d'administrer un grain de tartre stibié de peur d'irriter l'estomac, et nous en avons fait prendre cent cinquante grains en peu de jours, sans que le plus faible vomissement, les plus légères nausées aient eu lieu. Loin que le canal digestif fût irrité, les selles n'étaient pas plus fréquentes qu'à l'ordinaire. Enfin, pour examiner la chose sous le double point de vue de l'innocuité et de l'économie, le traitement par l'émétique revient à cinq francs, tandis que par les antiphlogistiques il en coûterait vingt ou trente. Qu'on ne croie pas pour cela que nous renoncions à faire usage de ce dernier traitement : nous reconnaissons seulement, avec tous les bons esprits, qu'il doit être modifié suivant

une foule de circonstances qu'il n'est donné qu'au véritable praticien d'apprécier. »

Nous avons dû transcrire ce passage, puisqu'il renferme l'opinion que s'est formée, d'après des faits, un praticien éclairé sur la valeur du traitement par l'émétique, dans les cas de rhumatisme aigu. Il importe, cependant, de faire observer que l'on peut fort bien ne pas faire usage de bains pendant les saisons froides, sans pour cela être nécessairement conduit à l'administration du tartre stibié. Le jugement porté par notre confrère sur l'innocuité de ce moyen ne semble pas avoir été établi sur un nombre bien grand d'observations, ou il serait assez extraordinaire qu'il eût rencontré beaucoup d'hommes capables de supporter cent cinquante grains d'émétique en peu de jours sans éprouver la moindre nausée, le plus faible vomissement, sans avoir d'augmentation dans les évacuations alvines. On ne craint pas généralement d'administrer un grain d'émétique lorsque l'estomac n'est pas malade, et si l'on s'abstient, dans les cas contraires, de prescrire cette substance, c'est que l'expérience a démontré qu'elle n'agit pas d'une manière favorable.

Revenons aux observations recueillies à la pratique de M. Siau-Lavigne. Les résultats indiqués par M. Faréou ne sont pas dénués d'inté-

rêt; ils démontrent que les succès obtenus, à l'aide de l'émétique à haute dose, contre les rhumatismes articulaires aigus ne sont pas toujours aussi prompts, aussi complets, aussi assurés que le prétendent certains partisans de cette méthode thérapeutique. On ne peut voir, sans en être frappé, des malades atteints d'arthrites aiguës rhumatismales conserver pour la plupart de l'engorgement et de la douleur dans les parties affectées, après avoir pris de cinquante-six à quatre-vingt-dix grains de tartre stibié. Baignés de sueurs, amaigris, devenus d'une extrême faiblesse, ils conservaient des traces alarmantes de cette médication, qu'il fallait suspendre, et cependant n'étaient pas entièrement débarrassés de leurs douleurs. Si l'on ajoute à ces premiers faits la difficulté des convalescences, la lenteur avec laquelle renaissaient les forces, et toutes les chances défavorables attachées à un état de débilité organique nécessitant un séjour prolongé dans les hôpitaux, on se convaincra, sans peine, que le traitement ordinaire, au moyen des délayans, des évacuations sanguines, générales et locales, des opiacés, aurait procuré, selon toutes les probabilités, des guérisons aussi complètes, aussi rapides et plus doucement obtenues.

OBSERVATIONS

DE

PHLEGMASIES PULMONAIRES

Traitées à l'aide de l'émétique à haute dose;

Par M. DURAND, D.-M.,
Médecin de l'hôpital militaire de Mont-Louis (1).

Sur un sol stérile et pierreux, Mont-Louis, contenant cinq cents habitans, fut, comme on le sait, construit et fortifié en 1687 par Vauban, à l'extrémité occidentale de la partie des Pyrénées qui sépare le Roussillon de la Catalogne, dans le but de défendre le passage du Col de la Perche, comme Bellegarde protège ceux du Perthus et de Panissa à l'autre extrémité. Cette place est assez bien bâtie; ses rues larges, régulières et peu hautes permettent une libre circulation à l'air, d'autant plus vif, que le rocher sur lequel est construite la ville a une élévation de neuf cents toises au dessus du niveau de la mer, et que les montagnes environnantes n'apportent aucun obstacle aux vents habituellement forts qui s'y font sentir. Je n'ai pas dit froids, car en général ils le sont peu. Ceux

(1) Ces observations sont précédées de quelques indications statistiques sur Mont-Louis, que nous n'avons pas dû supprimer.

du nord et du nord-ouest, qui soufflent assez fréquemment, et qui devraient le plus refroidir la température, ne l'abaissent pas autant qu'on pourrait le croire, puisque, pendant leur règne même, le soleil de février suffisait pour fondre la neige, qui, du reste, était remplacée pendant la nuit suivante. Quant à ceux d'est et de sud-est, nommés ici vents marins d'Espagne, ce sont ceux qui dépouillent, avec une extrême rapidité, la terre des neiges qui s'y sont amoncelées pendant la rigoureuse saison.

Si à Mont-Louis la température n'est pas ordinairement fort basse, puisqu'il est rare qu'elle atteigne à neuf degrés centigrades en hiver, elle n'a pas non plus la qualité contraire en été; mais on y est quelquefois exposé à de brusques refroidissemens, dont les causes, assez nombreuses, se sont surtout fait remarquer dans les deux derniers mois qui viennent de s'écouler. Ainsi, on a pu noter, dans les vents qui ont soufflé, une grande vitesse et une grande variation; des neiges abondantes dans le moment où l'on s'y attendait le moins; une nuit froide succédant à la plus belle journée ou la précédant, ce qui souvent établissait entre l'une et l'autre une différence de douze et quatorze degrés du thermomètre centigrade; une fonte remarquable de neiges, depuis le lever du soleil jusqu'au soir, époque où la disparition

de cet astre sous l'horizon glaçait cette eau nouvelle, qui recommençait le lendemain à imbiber le sol et à saturer l'air d'une humidité doublement insalubre, surtout pendant la saison où l'organisme acquiert plus de susceptibilité à ressentir les impressions atmosphériques.

Si, à ces différentes causes générales, on ajoute celles spéciales à la citadelle, demeure de la garnison, dont l'état sanitaire est mon objet principal; si l'on considère sa position à l'ouest et son élévation au dessus de la ville de cinquante toises à peu près; l'espace qui la sépare des maisons, et où soufflent, avec toute leur vigueur, les vents du nord et du nord-ouest que n'arrête aucune construction, espace que les soldats doivent souvent traverser plusieurs fois chaque jour; le séjour prolongé de l'eau dans les cours, qui n'offrent aucune pente; l'absence de feu dans les chambres parfois trop petites des militaires, ainsi que celle de chauffoirs communs qu'il serait désirable de voir établis; la transition subite de la chaleur du corps-de-garde au froid des factions; le bien-être trompeur qui retient aux rayons du soleil le soldat, qui ne réfléchit pas qu'en même temps que sa tête en est vivement frappée, ses pieds sont plongés dans l'humidité; enfin, si à toutes ces considérations l'on joint encore la facilité avec laquelle celui-ci se procure le vin dont il abuse, dans l'espéran

de remplacer avantageusement le feu qui lui manquera à son retour à la caserne, je crois qu'il sera facile d'expliquer les phlegmasies pectorales et gastriques, les fièvres intermittentes, les céphalalgies et les otites que j'ai observées depuis le commencement de février jusqu'à ce jour.

L'hôpital reçoit, avec les malades de la garnison, ceux des détachemens de Bourg-Madame et de Villefranche, et pourtant le mouvement ordinaire y est peu considérable; ce qu'expliquent, du reste, un air pur et sain, une nourriture salubre, la jeunesse des hommes et l'existence de l'hôpital d'Ille, où Villefranche envoie ses malades, lorsque les chemins ne permettent pas à ceux-ci de monter à Mont-Louis. Sans doute le chiffre de nos malades s'est quelquefois considérablement élevé; mais ces cas, d'ailleurs fort rares, ont été dus, ou à des circonstances extraordinaires, comme la nostalgie qui, à une époque assez éloignée, enleva rapidement quatre cents hommes sur huit cents qui formaient la garnison, ou à des causes semblables à celles que j'ai relatées plus haut, pour les deux mois qui viennent de s'écouler et principalement le dernier.

A mon arrivée ici, le 8 février, trente-six lits étaient occupés : les gastrites, les angines, les inflammations pectorales formaient plus de la moitié de ce nombre; le reste était dû à des oti-

tes, à des ophthalmies, à des arthrites, etc. Du 8 au 28 du même mois, trente-deux malades sortirent guéris et furent remplacés à mesure. Pendant la durée du mois de mars, où les vicissitudes thermométriques et hygrométriques furent le plus nombreuses et le plus rapides, le nombre des malades a varié de quarante-cinq à soixante et un; mais le plus ordinairement, il a dépassé cinquante, chiffre existant encore hier, dernier jour du mois, malgré quarante-six guérisons obtenues.

J'arrive à des observations qui me semblent présenter assez d'intérêt pour être relatées.

PREMIÈRE OBSERVATION.

R***, aphonique depuis quinze jours, se présenta le 18 février à la visite pour se faire traiter de ce qu'il appelait son enrouement, et d'une toux assez légère qui l'accompagnait. La diète, vingt sangsues sur les côtés du larynx, des fumigations, des cataplasmes et des pédiluves sinapisés ne produisirent aucun résultat avantageux pendant les quatre premiers jours; un vésicatoire est alors appliqué sur un des côtés de la face antérieure du cou : aucun changement. Le 24 février, se déclare un point pleurétique du côté gauche, avec gêne de la respiration et fréquence du pouls. Vingt sangsues sur la région affectée; potion

opiacée. Ces moyens déterminent de la diminution dans la douleur; mais l'expansion pulmonaire, que j'entendais facilement à l'arrivée du malade, a diminué; un râle sibilant est assez sensible et le son est un peu mat; la toux a plus de fréquence et augmente l'anxiété du malade, qui craint d'y satisfaire; le pouls s'est accéléré et a gardé sa dureté primitive. Diagnostic : la pneumonie se joint à la pleurite qui, elle-même, était venue s'ajouter à la laryngo-bronchite du début. Y a-t-il coexistence seulement ou dépendance? Je crois à cette dernière hypothèse, car aucune cause n'a agi sur le malade, autre que ses efforts de toux; ceux-ci, et l'extension de la phlegmasie de la muqueuse bronchique au tissu pulmonaire, expliquent à mes yeux les symptômes nouveaux que je viens de décrire.

Saignée et large cataplasme sur la poitrine; diète sévère; émulsion. Le lendemain, pas d'amélioration : mêmes prescriptions ; le surlendemain, la pneumonie a marché, car la respiration est presque nulle. L'estomac ne s'opposant pas à l'emploi de l'émétique à haute dose, je crois le moment opportun pour en prescrire cinq grains dans une potion opiacée. Deux vomissemens ont lieu ; mais, le 1er mars, le tartre stibié est parfaitement toléré à dose double; le 2, dix grains sont encore donnés; mais le soir la langue est rouge,

la tête douloureuse, et la phlegmasie pectorale, qui s'était amendée d'une manière notable, a repris son intensité ; une saignée est aussitôt pratiquée et le reste de la potion émétisée est supprimé. Le 3, mieux assez prononcé ; cependant quinze sangsues sont mises sur le côté souffrant ; elles saignent beaucoup, et le 6 disparition complète de l'appareil inflammatoire. Depuis, le mieux s'est soutenu, et R*** n'est encore aujourd'hui à l'hôpital que pour son aphonie que j'ai dû totalement négliger pour m'occuper exclusivement d'une affection plus grave.

Des gargarismes aluminés et des frictions avec la teinture de cantharides, sur la région postérieure du cou, tandis qu'en avant sont appliqués des moxas, ont déjà déterminé quelque mieux dans la voix, et j'espère avoir bientôt complétement achevé de lui rendre son intégrité normale. Si le succès couronne mes efforts, ce sera un nouveau témoignage en faveur de l'opinion du docteur Bennati, qui pense que la cause de l'aphonie réside dans les muscles de l'organe vocal.

DEUXIÈME OBSERVATION.

F***, malade depuis trois jours, arrive le 22 février, à l'hôpital, avec tous les symptômes d'une pleuropneumonie du côté gauche : diète, large saignée, eau de gomme. Le 23, même état :

renouvellement de la saignée, mais en moins grande quantité que la veille, parce que F*** est d'une complexion peu vigoureuse ; vingt-cinq sangsues sont placées sur le point douloureux, et coulent beaucoup. Le 24, la respiration est moins oppressée, mais le point pleurétique existe encore; le 25, en examinant attentivement la poitrine avec un stéthoscope, que je n'avais pas eu plus tôt à ma disposition, la dilatation vésiculaire est nulle, la bronchophonie sensible et le son mat. Diagnostic : malgré les émissions sanguines, l'hépatisation a marché.

Le 26, cinq grains de tartre stibié sont donnés, dans quatre onces de véhicule, par cuillerées, d'heure en heure, malgré une légère rougeur au pourtour de la langue. Le 28, la tolérance existe et la langue a pâli; elle est aussi bien plus humide; le malade ne se plaint de rien, et la nuit précédente a été marquée par un sommeil de quelques heures. Le 1er mars, dix grains d'émétique sont prescrits; et le sommet du poumon gauche étant devenu un peu douloureux, douze sangsues y sont en même temps appliquées. Le 2, j'apprends que la veille il y a eu quatre selles liquides; un peu de chaleur existe à l'épigastre et la langue a rougi : interruption de l'émétique ; diète, boisson gommeuse, potion opiacée. Le 3, mieux sensible. Le 4, retour au tartre stibié, mais à la dose de

cinq grains seulement. Le 5, râle muqueux dans la bronche supérieure ; pâleur de la face ; faiblesse extrême ; respiration très oppressée ; pouls fréquent et serré : cessation de l'émétique ; un large vésicatoire est apposé à la partie supérieure de la poitrine, en même temps qu'un second à la partie moyenne du côté gauche, où se faisait sentir encore de la douleur. Le 6, beaucoup de mieux. Le 7, le malade ne se plaint que du mal que lui causent les deux surfaces suppurantes ; on modère l'irritation de celles-ci au moyen de cataplasmes superposés aux compresses enduites de cérat qui le recouvrent et que l'on renouvelle trois fois par jour. Le 9, un râle sonore commence à se faire entendre et promet une résolution qui, depuis, a fait chaque jour de nouveaux progrès. Le 12, le murmure respiratoire a commencé, et depuis quatre jours F*** est aux trois quarts guéri.

Dans ces deux observations, l'emploi de l'émétique a certainement été nuisible ; et il l'a été sous deux rapports : d'abord, par une double action, directe sur l'estomac et sympathique sur le poumon, comme l'ont démontré la rougeur de la langue, l'excitation gastro-intestinale et la réapparition du mal primitivement calmé ; ensuite, par la perte de temps que causa la confiance que j'avais en lui, temps qui eût été mieux employé par l'usage de révulsifs externes, ainsi

qu'on l'a vu dans le second cas, et par la répétition des antiphlogistiques directs dans le premier.

« Comme en beaucoup d'autres circonstances, nous avons cru devoir rassembler et mettre en regard les faits favorables, les observations douteuses, et les résultats contraires à la médication sur laquelle nous voulions appeler l'attention de nos confrères. Cette manière de procéder est la seule qui permette de découvrir la vérité, entre les exagérations opposées, auxquelles les esprits les plus judicieux ne sont que trop enclins à se laisser entraîner. Il n'est, en thérapeutique, aucune méthode de traitement qui réussisse toujours: toutes sont soumises à des indications et à des contre-indications fondées sur une foule de circonstances que l'habileté du praticien consiste à démêler exactement. »

L'emploi de l'émétique à haute dose est sans doute autorisé par une masse de faits assez imposante et par un assez grand nombre d'autorités irrécusables pour que l'on puisse y recourir avec plus d'assurance que précédemment, où les résultats étaient encore trop peu multipliés, ou susceptibles de contestation. C'est un progrès qu'il importe de constater. Il convient d'établir aussi cet autre corollaire fourni par l'expérience, savoir

que l'émétique à haute dose ne doit venir, dans l'ordre des médications, qu'après les évacuations sanguines, par lesquelles on doit constamment débuter, lorsqu'il s'agit de combattre des phlegmasies intenses et graves, et que son administration est entourée de probabilités de succès, d'autant plus nombreuses, que les organes digestifs, avec lesquels on le met en contact, sont plus complétement exempts d'irritation ou de disposition à s'irriter.

Mais ces préliminaires étant admis, et dans l'état actuel de la thérapeutique, on ne saurait guère en contester la justesse, l'émétique à haute dose réussit-il aussi sûrement, nous dirions presque aussi infailliblement, qu'on serait tenté de le conclure, en lisant les écrits de beaucoup de médecins? Nous n'osons le penser : on doit se défier de ces assertions absolues, de ces récits continuellement merveilleux, de ces tableaux brillans de succès, dans lesquels aucun revers ne vient faire ombre.

Le point de la question qui reste donc à décider, c'est de savoir dans quelle proportion le tartre stibié guérit les malades soumis à son emploi. Rasori, dans sa pratique civile, a perdu vingt-deux malades sur cent, et dans sa pratique militaire quatorze sur le même nombre; Laennec établissait que sa mortalité n'était que d'un sur vingt-huit; M. Ambroise Laennec publie une

proportion d'un sur treize; M. Bang une d'un sur vingt-sept. Quant à M. Peschier de Genève, il prétend les avoir tous guéris, à l'exception d'un seul, au moyen de l'émétique, sans intervention de la saignée. Laennec et Rasori lui-même, ainsi que nous l'avons exposé en commençant, employèrent souvent, au contraire, les évacuations sanguines au début du traitement, ce qui explique les résultats qu'ils proclament. Ceux qu'annonce M. Peschier, au contraire, seraient inexplicables, si l'on ne pouvait les soupçonner de quelque exagération.

Au demeurant, ces résumés cliniques ont besoin d'être soumis à de nouvelles recherches, et il importe de publier avec exactitude, non seulement les faits favorables, mais aussi tous les exemples d'insuccès observés.

Enfin, un dernier point reste à fixer, c'est celui qui est relatif au mode d'administration de l'émétique. Convient-il de lui associer, dans tous les cas, le sirop diacode ou d'autres narcotiques? ou bien ces additions doivent-elles être réservées pour certaines circonstances spéciales, telles que la multiplicité des évacuations, la lenteur ou l'imperfection de la tolérance, etc.? Dans quel véhicule, à quelles doses, à quels intervalles est-il le plus convenable de l'administrer? suivant quelles règles doit-on procéder à l'accroissement, à la di-

minution, à la cessation de son emploi? Les préceptes établis, à ce sujet, par Laennec, et rappelés plus haut, sont-ils les plus rationnels que l'on puisse suivre, ou convient-il d'y apporter quelques modifications? Telles sont les questions que le temps, l'expérience et une observation attentive résoudront sans doute, mais sur lesquelles il est d'autant plus utile d'acquérir des notions positives, qu'il s'agit de maladies remarquables par leur gravité, entre les plus graves de celles qui peuvent frapper les hommes en général et les militaires en particulier.

OBSERVATIONS

SUR

L'HÉMÉRALOPIE,

Recueillies dans le mois d'avril 1833, *à Mont-Dauphin, département des Hautes-Alpes;*

Par M. DECONIHOUT,

Chirurgien-aide-major au 6e *régiment d'infanterie de ligne.*

PREMIÈRE OBSERVATION.

G***, caporal au 6e de ligne, âgé de vingt-trois ans, d'un tempérament sanguin, est atteint, depuis treize jours, d'héméralopie, qui est devenue de plus en plus intense. Il semble prédisposé à cette maladie, par l'irritabilité spéciale de l'organe visuel; et la réflexion des rayons solaires sur les revers des montagnes couvertes d'une neige glacée, qui forment un cercle resplendissant autour de Mont-Dauphin, semble, avec l'air froide t humide de la nuit, qui contraste avec la chaleur du jour, avoir été la cause efficiente de l'héméralopie. G*** présente les symptômes locaux suivans : rougeur intense

du bord libre de la paupière inférieure, surtout vers l'angle externe de l'orbite; stries sanguines, disséminées sur la conjonctive oculaire; caroncule lacrymale rouge, enflammée; vision vespérale très faible, au point de ne pouvoir monter la garde; apparition d'images la nuit; paupières agglutinées le matin, et sécrétion abondante de larmes. Le jour, les yeux deviennent plus lucides, la vision reprend de l'énergie et tout l'appareil inflammatoire diminue pour reparaître le soir. Croyant remarquer un type intermittent dans cette maladie, quoique sans fièvre, ni irritation cérébrale, j'ai employé pour collyre du vin de quinquina. Les lotions faites avec ce vin piquèrent d'abord les yeux, mais la vue redevint ensuite plus lucide et plus forte; enfin, par un emploi assidu de ce collyre, pendant sept jours, l'inflammation disparut, l'organe visuel reprit ses fonctions, et le malade fut parfaitement guéri.

DEUXIÈME OBSERVATION.

B***, fusilier au 6e régiment de ligne, âgé de vingt-quatre ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, est atteint, depuis vingt-trois jours, d'héméralopie. Cette affection s'est accrue graduellement, au point de rendre la vision très nébuleuse le soir. Cet homme avait depuis longtemps la vue sensible et fatiguée par l'aspect

des montagnes couvertes d'une neige qui réfléchit avec vivacité les rayons solaires. La cause occasionnelle de cette maladie doit être surtout attribuée à l'air froid et humide des nuits, qui agit d'autant plus vivement que le globe oculaire est surexcité le jour par les flots de lumière qui rejaillissent des montagnes. On observe l'appareil de symptômes suivans : douleur susorbitaire, rougeur vespérale des yeux, picotemens, vision nébuleuse le soir, clartés apparentes la nuit, agglutination des paupières le matin, larmoiement abondant; ces accidens s'atténuent avec le jour, la vue se rétablit, les yeux deviennent lucides, les paupières sont moins rouges et le larmoiement cesse. J'ai soumis ce malade à des lotions avec le vin de quinquina, et, après sept jours de leur usage, il est sorti de l'infirmerie parfaitement guéri.

TROISIÈME OBSERVATION.

M***, soldat au 6e régiment d'infanterie, âgé de vingt-sept ans, d'un tempérament nerveux, est atteint, depuis quinze jours, d'héméralopie. Il a été affecté d'ophthalmies passagères, qui ont augmenté la susceptibilité de l'organe de la vision, et l'ont rendu plus impressionnable aux causes locales indiquées dans les observations précédentes. La maladie est accompagnée de pesanteur à la tête, de rougeur vespérale des yeux,

principalement vers l'angle externe de l'orbite, de picotemens le soir, et de nuages sur la cornée; la vision est nébuleuse; apparition la nuit d'une lumière éblouissante, lorsque le sujet entr'ouvre les paupières; yeux chassieux le matin, grande effusion de larmes. Point de fièvre ni d'irritation cérébrale. Tous ces symptômes s'affaiblissent le jour et reparaissent la nuit. J'ai ordonné au malade des lotions avec le vin de quinquina, répétées plusieurs fois dans la journée, et après six jours de leur emploi, il est sorti de l'infirmerie parfaitement guéri.

QUATRIÈME OBSERVATION.

C***, fusilier, âgé de vingt-trois ans, d'un tempérament sanguin, est atteint d'héméralopie, depuis vingt jours. Il offre les symptômes locaux suivans : impossibilité de fixer le soleil le jour, même à travers un mouchoir; asthénie visuelle le soir; prurit, pesanteur oculaire la nuit; obscurité profonde, au point de ne pouvoir distinguer les objets à la chandelle; agglutination des paupières, le matin, par une chassie épaisse; yeux larmoyans, paupières rouges, surtout du côté de la glande lacrymale, qui semble partager l'inflammation du reste de l'appareil de la vision. Ce malade fait usage du vin de quinquina en lotions répétées, et sort guéri de l'infirmerie après six jours de l'emploi de ce moyen.

CINQUIÈME OBSERVATION.

C***, fusilier, âgé de vingt-quatre ans, d'un tempérament lymphatique, entra le 27 avril à l'infirmerie, étant atteint de la même lésion que les précédens. Cette affection datait de quinze jours, et semblait résulter d'une irritabilité oculaire, développée graduellement, et ensuite accrue par la localité de Mont-Dauphin. Le froid humide des nuits, contrastant avec la chaleur du jour, a déterminé ensuite son apparition. Cet homme a la vue tellement sensible qu'il ne peut jeter un regard sur le soleil ; les cornées sont transparentes, la vision s'exerce, mais elle se fatigue facilement. Vers le soir, la vue s'affaiblit, il y a prurit, pesanteur oculaire, rougeur plus intense des paupières, surtout vers l'angle externe de l'orbite, rougeur et gonflement de la glande lacrymale. La nuit, le malade semble voir des spectres. Le matin, les yeux sont chassieux et couverts d'un larmoiement abondant : la rougeur disparaît avec le jour, les larmes se tarissent, et la vision reprend de l'énergie. Ce malade fait usage, plusieurs fois dans la journée, du collyre avec le vin de quinquina, et sort, guéri parfaitement, au bout de six jours.

SIXIÈME OBSERVATION.

A***, fusilier, âgé de vingt-cinq ans, d'un tempérament sanguin, est atteint, depuis dix jours, d'héméralopie. Il a les yeux habituellement irrités, et est exposé à de fréquentes ophthalmies, ce qui l'a manifestement prédisposé à l'affection qu'il présente. Aux causes efficientes déjà notées, on doit ajouter pour lui l'habitation d'une partie de la caserne qui est plus ombragée que les autres par un monticule élevé devant elle, d'où il résulte une prolongation notable et une augmentation manifeste de la fraîcheur des nuits. Cette partie de la caserne nous a fourni à elle seule les huit observations consécutives ci-jointes. A*** offrait d'ailleurs les symptômes suivans : pesanteur oculaire le soir, vue nébuleuse, rougeur des yeux, stries sanguines qui se dessinent sur le globe, glande lacrymale rouge, rougeur intense du bord libre des paupières, surtout vers l'angle externe de l'orbite; le malade se plaint de voir une grande lumière lorsqu'il entr'ouvre les paupières pendant la nuit; les yeux sont chassieux le matin, et couverts de larmes âcres et irritantes. Tous ces symptômes s'atténuent avec les progrès du jour. Le malade a fait usage, pendant sept jours, de lotions avec le vin de quinquina, et est sorti de l'infirmerie parfaitement guéri.

SEPTIÈME OBSERVATION.

B***, fusilier, âgé de vingt-sept ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, est atteint d'héméralopie depuis quinze jours. Il a eu de fréquentes ophthalmies, et habite la partie de la caserne dont il vient d'être question. Éblouissemens fréquens le jour; pesanteur oculaire le soir; rougeur du bord libre des paupières inférieures, surtout vers l'angle externe de l'orbite; rougeur intense de la glande lacrymale; brouillard épais, qui s'étend le soir sur la vue; obscurcissement profond la nuit; le matin, yeux chassieux, effusion abondante de larmes. Cet appareil irritatif s'affaiblit dans le jour, et renaît après le coucher du soleil. B*** a été soumis à des lotions avec le vin de quinquina, et est sorti de l'infirmerie, parfaitement guéri, après sept jours de traitement.

HUITIÈME OBSERVATION.

B***, soldat au 6e régiment, âgé de vingt-trois ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, est atteint, depuis quinze jours, d'héméralopie. Il se plaignait d'avoir les yeux fascinés par l'aspect des montagnes couvertes de neige : il a la vue très irritable, et a subi l'action du froid humide, qui fut considérable durant le mois d'avril à Mont-Dauphin, et qui contrastait avec de fortes

bouffées de chaleur. Vue nébuleuse le jour; rougeur intense des paupières le soir; stries sanguines, disséminées sur le globe de l'œil; pesanteur dans l'orbite; clartés apparentes la nuit en entr'ouvrant les paupières; agglutination de ces organes le matin par une chassie épaisse; effusion abondante de larmes âcres et irritantes. Tous ces symptômes s'atténuent durant le jour. Ce malade a fait usage du vin de quinquina pour collyre, et est sorti, guéri parfaitement, au bout de six jours.

NEUVIÈME OBSERVATION.

G***, fusilier, âgé de vingt-six ans, d'une constitution grêle, est atteint, depuis huit jours, de l'affection qui nous occupe. L'aspect des montagnes l'éblouissait, l'humidité de la nuit semblait un fardeau appesanti sur sa vue. Le jour, un léger nuage lui voilait les yeux; le soir, il accusait une pesanteur dans les sinus frontaux; il ne peut supporter la lumière artificielle; les paupières deviennent rouges, le globe oculaire est parsemé de stries sanguines, la glande lacrymale se gonfle et rougit; la nuit, il lui semble voir des spectres; le matin, les yeux sont agglutinés et larmoyans. Tous ces symptômes se dissipent en partie dans le courant du jour, et reparaissent le soir. Ce malade s'est bassiné les yeux pendant six jours avec un collyre fait avec une infusion de sureau et

quelques gouttes d'extrait de Saturne; l'appareil inflammatoire s'est dissipé, mais la vue est restée faible, et j'ai été obligé d'employer le vin de quinquina pour lui rendre son énergie normale.

DIXIÈME OBSERVATION.

P***, fusilier, âgé de vingt-trois ans, d'un tempérament sanguin, est atteint, depuis six jours, d'héméralopie; il se plaint d'avoir la vue faible; il a été exposé à l'humidité froide des nuits. Vision trouble, confuse le jour; pesanteur frontale le soir; rougeur intense des paupières et de la glande lacrymale; obscurité profonde la nuit; agglutination des paupières le matin; effusion abondante de larmes; dans le jour, la douleur frontale disparaît, la rougeur des paupières et de la glande lacrymale diminuent, les larmes se tarissent, et la vue redevient plus facile. Ce malade a fait d'abord usage d'un collyre résolutif sans succès; le vin de quinquina l'a guéri parfaitement.

RÉFLEXIONS.

A ces observations j'en pourrais joindre dix autres encore, qui me sont également propres, et qui seraient parfaitement semblables. L'héméralopie que je viens d'observer dans les Alpes a beaucoup de rapport avec celle qui se manifeste fréquemment en Égypte, en Afrique et en Espa-

gne. La cause qui la détermine paraît identique dans tous ces pays : c'est la fraîcheur glaciale des nuits, agissant sur le globe oculaire, préalablement surexcité, le jour, par les flots de chaleur et de lumière dont l'atmosphère est embrasée. Je pense que ce contraste de la température de la nuit avec celle du jour est une des causes les plus actives de cette ophthalmie, qui produit tant de cécités en Égypte, et que les tourbillons de sable qui s'élancent dans l'air ne la provoquent que bien secondairement. Dans les Alpes, les montagnes, couvertes d'une neige glacée, réfléchissent les rayons lumineux comme les sables d'Afrique ; la rétine est alors vivement irritée, et ses fonctions sont enrayées au point de faire croire à un état semi-paralytique. La fraîcheur glaciale qui succède, ajoute encore, ainsi que l'a si bien fait remarquer M. Larrey, à cette perturbation. L'irritation qui semble prédominer ferait croire, au premier abord, que l'emploi des émolliens doit suffire pour rétablir la fonction visuelle ; mais l'expérience m'a appris que les modificateurs des maladies ne doivent pas toujours être pris dans leurs contraires. Ici, il existe une asthénie dans la fonction visuelle, qui disparaît par l'usage des collyres toniques. Quelques malades semblent voir la nuit, en entr'ouvrant les paupières, une clarté éblouissante, ce qui suppose une grande

sensibilité de la rétine; d'autres sont plongés dans une obscurité profonde, ce qui signale un état semi-paralytique de cette membrane; dans l'un et l'autre cas, les toniques, et spécialement le vin de quinquina, rendent à l'appareil nerveux l'énergie et la régularité d'action dont il a besoin pour exercer régulièrement ses fonctions.

Je n'ai pu déterminer encore, au surplus, si c'est à la lumière réfléchie soit des montagnes couvertes de neige, soit des sables brûlans de l'Afrique, que nous devons attribuer cette asthénie de la fonction visuelle, ou bien au petit appareil inflammatoire, fixé surtout dans la glande lacrymale, qui sécrète des larmes abondantes, âcres et irritantes, et qui peut, par sympathie, modifier la sensibilité de la rétine. Je crois que, dans cette circonstance, on n'a pas tenu assez compte de la phlegmasie de la glande lacrymale, qui paraît prendre un caractère intermittent.

Le mot *héméralopie*, qui signifie *ne voir que le jour*, laisse du vague dans l'esprit; ce n'est là qu'un symptôme: il faudrait que le nom de la maladie indiquât la modification organique qui la constitue. La thérapeutique deviendrait plus assurée et plus rationnelle, si toutes les dénominations pathologiques étaient puisées dans le mode primitif d'altération de nos organes, et non dans des symptômes vagues, ou des désordres de

fonctions communs à plusieurs états. Irritabilité de l'organe visuel, action intense des rayons lumineux réfléchis de la surface des montagnes couvertes de neige, des sables ou d'autres surfaces analogues, qui irritent la rétine et l'énervent; telles sont les causes prédisposantes de l'héméralopie. Sa cause efficiente consiste dans la fraîcheur glaciale et humide des nuits, qui agit d'autant plus vivement que l'appareil oculaire a été plus vivement surexcité, le jour, par des flots de lumière et de chaleur abondans et actifs.

Les symptômes locaux sont remarquables: pesanteur plus ou moins forte dans l'orbite, rougeur variable des paupières, surtout vers l'angle externe de l'œil; rougeur et gonflement de la glande lacrymale; stries sanguines, disséminées sur le globe oculaire; nuages sur la cornée transparente, apparaissant le soir; vision obscure; apparition la nuit, en entr'ouvrant les paupières, de spectres lumineux ou de lumières éclatantes, ou persistance d'une obscurité profonde, impénétrable. Le matin, agglutination des paupières par une humeur épaisse, effusion abondante de larmes âcres et irritantes. Tous ces phénomènes phlogistiques diminuent pendant le jour, et reparaissent le soir.

Il n'y a, d'ailleurs, ni fièvre, ni symptômes gastriques, ni accidens cérébraux. Cependant,

on dit avoir observé, au siége de Cadix, en 1812, de l'irritation encéphalique, qui compliquait l'héméralopie.

Si, dans cette maladie, l'inflammation était par trop intense, on pourrait employer soit les saignées, soit les sangsues; mais les saignées ne doivent être prescrites qu'avec beaucoup de circonspection, parce qu'elles peuvent accroître l'asthénie visuelle; il faut presque toujours leurs préférer les sangsues, auxquelles on peut joindre les collyres émolliens au début des accidens; mais, sur la fin, il est convenable d'employer des collyres fortifians, pour rendre de l'énergie à l'organe si fortement ébranlé. En se rappelant que les cécités par amaurose sont plus fréquentes dans les climats méridionaux que dans les contrées septentrionales, on devra redouter la paralysie optique, et ne rien négliger afin de la prévenir.

Les observations et les considérations précédentes sur l'héméralopie offrent un haut degré d'intérêt; elles montrent l'influence que peuvent avoir, sur la santé de la garnison de Mont-Dauphin, quelques unes des circonstances topographiques au milieu desquelles cette forteresse est située.

L'héméralopie, généralement présentée par les oculistes comme une affection simplement nerveuse, comme une aberration de la sensibilité, n'est

le plus ordinairement, en dernière analyse, qu'un effet, qu'un symptôme de l'irritation des globes oculaires. On l'observe spécialement lorsque l'œil est habituellement soumis à l'action soutenue d'une vive lumière, réfléchie par les objets environnans fortement éclairés. Une humidité froide, prolongée a été signalée aussi comme pouvant y donner lieu; et c'est à cette cause que l'on doit attribuer les héméralopies que l'on observe assez fréquemment à Strasbourg. Enfin, la maladie qui nous occupe est très multipliée dans les pays méridionaux, où à des jours brûlans et étincelans de lumière, succèdent des nuits froides et des rosées glaciales. L'héméralopie d'Égypte, ainsi que l'a démontré M. Larrey, était due, de même que l'ophthalmie, à cette cause si générale et si puissante. Des circonstances analogues déterminèrent celle que M. Deconihout a observée à Mont-Dauphin. Mais, quoi qu'il en soit de cette étiologie, les symptômes locaux de la maladie démontrent qu'elle est liée à un état d'engorgement vasculaire, d'excitation sanguine, et aussi d'affaiblissement de la sensibilité oculaire. C'est une nuance de l'ophthalmie, dans laquelle la rétine semble avoir perdu, par un excès de stimulation, une partie de sa puissance.

Il existe bien quelque analogie entre les causes de l'héméralopie et celles de certaines fièvres in-

termittentes; mais, en analysant avec attention les phénomènes observés dans les deux cas, on constate facilement que la périodicité, qui constitue le principal caractère des fièvres, n'est qu'accidentelle dans la lésion des yeux, et seulement produite par le retour journalier des mêmes circonstances. Aussi n'est-ce pas comme antipériodique, que le vin de quinquina, employé par M. Deconihout, a agi, mais bien comme un agent tonique et astringent; ce qui le démontre, c'est que le quinquina et le sulfate de quinine, administrés à l'intérieur, ne réussissent pas, ainsi que l'ont constaté plusieurs praticiens, et comme j'ai pu le vérifier dernièrement encore à Strasbourg. Un vésicatoire appliqué à la nuque et quelques collyres toniques ont aisément triomphé d'une héméralopie qui avait résisté, sans éprouver la moindre amélioration, au fébrifuge par excellence. L'héméralopie céderait, sans doute aussi, chez la plupart des sujets, avec le temps, sous l'influence d'un séjour prolongé dans des lieux retirés, où les organes de la vision ne seraient plus soumis aux impressions alternatives et opposées qui ont provoqué la maladie et l'entretiennent; et si elle était accompagnée de symptômes inflammatoires fort intenses, son traitement deviendrait le même que celui des ophthalmies ordinaires.

RECHERCHES

Tendant à prouver que l'iodure d'amidon ne résulte pas d'une combinaison à proportions définies d'iode et d'amidon, mais bien d'un simple mélange, caractérisé seulement par sa couleur ;

Par le docteur LANGLOIS,

Pharmacien-aide-major démonstrateur, à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg.

De toutes les substances organiques, l'amidon est, sans contredit, celle qui, dans ces derniers temps, a le plus exercé la sagacité des chimistes. Son histoire ne paraît même bien connue que depuis les importans travaux microscopiques de M. Raspail, par lesquels il a démontré clairement que l'amidon est composé d'un grand nombre de granules isolés, arrondis, de formes et de dimensions variables, formés d'une enveloppe ou tégument, contenant une substance soluble dans l'eau froide, et qu'il compare à la gomme, mais qui en diffère par la propriété de bleuir en présence de l'iode. Ce savant expérimentateur fit paraître le résultat de ses expériences dans les

Annales des Sciences naturelles (année 1825), et l'article *Amidon* de sa *Chimie organique*, publiée récemment, le reproduit en entier avec de très légères modifications. Cela prouve évidemment que les chimistes qui ont cherché à combattre ses opinions n'ont pu les ébranler, puisque l'auteur a laissé subsister tout ce qu'il avait avancé en 1825.

M. Biot a étudié l'action de la partie soluble de l'amidon sur la lumière polarisée ; ayant reconnu qu'elle jouit de la faculté de dévier à droite le plan de polarisation, il lui a donné le nom de *dextrine*. Cette propriété semble la rapprocher du sucre de canne et l'éloigner de la gomme, qui, au contraire, fait tourner le plan de polarisation vers la gauche.

MM. Payen et Persoz sont parvenus, au moyen de la diastase, à extraire facilement la dextrine ; ils ont signalé l'heureuse application qu'on pouvait faire de cette substance dans les arts et l'économie domestique.

Dans l'étude approfondie que nous avons faite de la fécule, nous nous sommes attaché principalement à répéter les expériences microscopiques de M. Raspail ; nous avons acquis la certitude que les observations de ce savant sont exactes ; loin donc de nous présenter comme son adversaire, nous venons corroborer de notre

opinion cette idée neuve par laquelle il affirme que l'iode colore l'amidon, sans constituer avec lui une véritable combinaison. L'assertion de M. Raspail demandait, pour être reçue au nombre des vérités incontestables, à être étayée de plusieurs faits; car il se basait uniquement sur cette observation vraie : savoir, que les granules d'amidon colorés en bleu par la teinture aqueuse d'iode, et examinés au microscope, conservaient encore leur forme après avoir été décolorés par un alcali, la potasse ou l'ammoniaque. Cette expérience ne suffisait pas pour convaincre les chimistes, qui préfèrent toujours le faits aux hypothèses; il fallait de plus tâcher de démontrer que, dans aucun cas, le composé bleu d'amidon ne joue, en présence des agens chimiques, un rôle qui lui soit particulier, et qui ne dépende soit de la substance végétale, soit de l'iode.

Depuis le mémoire de MM. Colin et Gaultier de Claubry, inséré dans les *Annales de Chimie*, tome 90, et celui de M. Pelletier qui parut à la même époque dans le *Bulletin de Pharmacie*, tome 6, les chimistes n'ont rien écrit de nouveau sur l'iodure d'amidon. Alors l'étude de l'iode était à peine commencée, et il n'est pas étonnant que ces auteurs aient commis des erreurs; et comme elles existent encore dans les traités de chimie les plus récens, il est temps de les faire disparaître.

L'erreur dans laquelle on est resté jusqu'à présent sur les propriétés de l'iodure d'amidon est due à ce seul fait ignoré, savoir que l'eau, en présence de ce composé, agit sur l'iode par ses élémens, hydrogène et oxigène, qui le transforment en acides hydriodique et iodique. Personne n'a pensé à l'existence de ce dernier acide, et c'est ce qui empêchait d'expliquer comment la solution d'iodure d'amidon, décolorée par la chaleur, reprenait sa couleur bleue par l'addition d'un hydracide, par exemple, de l'acide hydrochlorique. Il n'était pas plus facile de se rendre compte de l'action des acides sulfurique et nitrique, puisque, dans cette circonstance, comme le fait remarquer M. Pelletier, il n'y a jamais production d'acide sulfureux ni d'acide nitreux. MM. Lassaigne, Payen et Persoz ont récemment écrit, dans les *Annales de Chimie et de Physique*, que cette décoloration provenait de la formation exclusive d'acide hydriodique, qui avait pris naissance par suite de la réaction de l'iode sur l'amidon. Nous verrons, au contraire, que le rôle de l'amidon est négatif, et que l'hydrogène est fourni par l'eau qui cède en même temps son oxigène à une autre portion d'iode.

Pendant un instant nous avons présumé que l'iodure d'amidon, dissous dans l'eau distillée, et chauffé, n'était décoloré que par la transformation de l'iode en acide hydriodique, puisque

la couleur était rétablie par le chlore et jamais par l'acide sulfureux, qui ne produisait ce phénomène que quand on ajoutait environ un dixième de grain d'acide iodique. Je n'admettais cependant pas la théorie des auteurs, étant persuadé que l'hydrogène qui acidifiait l'iode ne provenait point de la substance végétale, mais bien de l'eau dans laquelle l'oxigène, mis en liberté, aurait été retenu un instant, et que le calorique devait chasser bientôt. L'eau oxigénée aurait eu seulement une existence éphémère.

Me rappelant les expériences faites par M. Gay-Lussac pour connaître l'action de l'eau sur l'iode, j'ai continué mes recherches, guidé par ces premières idées, et je me suis bientôt aperçu que si l'acide sulfureux ne décelait pas la présence de l'acide iodique, c'est que ce dernier acide était en trop petite quantité dans la liqueur pour devenir sensible à ce réactif.

Après ce court exposé, il convient de démontrer par l'expérience que toutes les propriétés attribuées à l'iodure d'amidon appartiennent exclusivement à l'une ou à l'autre des substances qui entrent dans sa composition.

Tout le monde sait que les granules intègres d'amidon sont insolubles dans l'eau froide; il était, par cela même, présumable que, colorés par

l'iode, ils ne seraient pas plus solubles dans ce liquide, quoique tous les auteurs, M. Raspail excepté, annoncent positivement que leur solubilité s'opère avec d'autant plus de facilité que la quantité d'iode est plus grande. Cette erreur provient de ce que les expérimentateurs ont sans doute agi sur des grains de fécule dont l'enveloppe avait été déchirée par une cause quelconque.

L'iodure d'amidon intègre, préparé avec la teinture aqueuse ou alcoolique d'iode, ou même avec l'iode pulvérisé, qu'il soit rougeâtre, violet, bleu ou noir, est toujours insoluble dans l'eau froide, et la coloration apparente du liquide tient certainement à une illusion d'optique; car, examiné au microscope, on distingue qu'il est incolore, mais qu'au milieu de lui nagent des granules colorés.

La liqueur, filtrée à travers un papier multiple, est colorée par l'iode, si ce corps est en excès, et elle sera incolore, s'il n'y existe que dans les proportions convenables pour former le bleu indigo. Je me suis servi de fécule de pomme de terre bien lavée et d'eau distillée, afin d'être certain que les changemens éprouvés par l'iode dans cette circonstance dépendent de l'action des élémens de l'eau et non point d'une cause étrangère. J'ai toujours observé que l'eau froide agit

de deux manières sur l'iodure d'amidon ; elle transforme une partie de l'iode en acides hydriodique et iodique, et en dissout une autre partie, quand il prédomine dans le mélange. Lorsque le liquide filtré est légèrement coloré en jaune, la solution d'amidon y détermine sur-le-champ une belle couleur bleue, et quand il est incolore, le phénomène de coloration ne peut se produire que par l'addition du chlore ou d'un acide assez concentré. Cette action de l'eau sur le composé bleu d'amidon est absolument semblable à celle qu'elle exerce sur l'iode libre de toute combinaison.

M. Gay-Lussac, qui a étudié la manière dont l'eau se comporte en présence de l'iode, à la température ordinaire ou sous l'influence du calorique, a observé et même démontré qu'il se forme toujours, dans ces divers cas, des acides hydriodique et iodique. A l'aide de cette théorie, qui est vraie, puisqu'elle est établie par l'expérience, il nous sera facile d'expliquer pourquoi la solution d'iodure d'amidon, exposée à l'air, se décolore, et pourquoi aussi le chlore et les acides rétablissent sa couleur. M. Raspail, n'ayant pas sans doute connaissance des propriétés que nous venons de signaler, ne pouvait conséquemment se rendre compte de cette décoloration qu'en faisant réagir l'iode sur les sels contenus dans l'eau ; et il avait même été jusqu'à penser qu'une portion

d'iode était saturée par de l'ammoniaque formée aux dépens des matières organiques que les eaux ordinaires renferment le plus souvent. Il est d'usage de n'admettre une explication que quand elle est conforme aux théories chimiques, et celle donnée par M. Raspail paraissait s'en éloigner.

Personne ne rend plus de justice que nous à l'exactitude des travaux microscopiques de M. Raspail, et nous nous plaisons de nouveau à en proclamer le mérite ; mais il nous a semblé que, chez lui, les assertions du naturaliste avaient plus de valeur que celles du chimiste.

La propriété dont jouit l'iodure d'amidon dissous dans l'eau distillée, de se décolorer par la chaleur, a fixé particulièrement l'attention des chimistes. M. Pelletier dit positivement que la matière bleue ne se décolore qu'en se combinant avec ce liquide. Ceux qui ont étudié ce phénomène, après M. Pelletier, pensaient que la décoloration provenait de la transformation de l'iode en acide hydriodique seulement, et cela aux dépens de l'hydrogène de l'amidon. Mais alors, comment expliquer le rétablissement de la couleur par un hydracide ? La chose paraissait impossible ; il était important de démontrer qu'il n'y a pas seulement formation d'acide hydriodique, mais encore d'acide iodique.

Pour constater la présence de ce dernier acide, nous avons préparé l'iodure d'amidon avec la teinture aqueuse d'iode et la partie soluble de la fécule appelée *amidine* ou *dextrine*. Nous dirons aussi, en passant, que la dextrine ne perd pas par la dessiccation, comme l'affirme M. Raspail, la faculté de bleuir par l'iode. Les résultats de nos expériences sont parfaitement conformes à ceux obtenus sur le même sujet par M. Guibourt; et ce fait est important, en ce sens qu'il détruit l'hypothèse de M. Raspail, tendant à faire penser que l'amidon doit à un principe volatil la propriété de devenir bleu en présence de l'iode. A moins d'altérer la substance végétale par un commencement de carbonisation, on ne peut lui enlever cette propriété, qui la distingue des autres substances organiques.

Il s'agit maintenant d'exposer les moyens propres à déceler l'acide iodique dans une solution aqueuse d'iodure d'amidon décolorée par la chaleur. Nous avons dû suivre le procédé indiqué par M. Gay-Lussac, pour démontrer que l'eau, en agissant sur l'iode, donne naissance à de l'acide iodique.

Un litre de solution aqueuse d'iode filtrée fut ensuite coloré par de l'amidine dissoute dans une certaine quantité d'eau : nous obtînmes de

cette manière une dissolution d'iodure d'amidon d'un bleu très foncé.

Cette dissolution, soumise à une température de 80 à 90 degrés, ne tarda pas à se décolorer; le chlore y rétablit instantanément la couleur, tandis que l'acide sulfureux fut sur elle sans action. L'existence de l'acide hydriodique paraissait dès lors prouvée, mais non celle de l'acide iodique. Persuadé *à priori* que ce dernier acide devait se trouver dans la liqueur, et que, si l'acide sulfureux ne décelait pas sa présence, cette circonstance ne pouvait dépendre que de la faible quantité de l'acide iodique existant, nous avons pensé qu'il fallait concentrer la solution d'iodure d'amidon décolorée; mais nous n'ignorions pas que les deux acides de l'iode se décomposeraient mutuellement par la concentration. Pour éviter cette décomposition, nous versâmes dans la liqueur, à l'état incolore, quelques gouttes d'ammoniaque, afin de former un hydriodate et un iodate, et la solution put dès lors être rapprochée sans inconvénient. L'excès d'alcali se volatilisa. La liqueur, concentrée jusqu'à ne plus représenter que la valeur d'un décilitre environ, fut colorée en bleu très intense, par l'addition d'une seule goutte d'acide sulfureux. Le chlore produit aussi la couleur bleue, mais il agit en s'emparant de l'hydrogène de l'acide hydriodique, et

l'acide sulfureux de l'oxigène de l'acide iodique. Cette particularité nous expliquera pourquoi l'iodure d'amidon se décolore d'autant plus facilement que la quantité d'eau est plus grande, et pourquoi aussi la dissolution trop concentrée peut être chauffée, sans lui faire perdre sa couleur. L'eau saturée des acides hydriodique et iodique ne peut plus avoir d'action sur l'iode; car il faut qu'elle soit dans des proportions données pour que les deux acides se trouvent en présence sans se décomposer.

L'existence des acides iodique et hydriodique dans la solution d'iodure d'amidon, décolorée par la chaleur, indique donc clairement la manière d'agir des acides concentrés, ou légèrement affaiblis sur cette liqueur : s'ils rétablissent la couleur bleue, ce n'est point parce qu'ils décomposent, comme on le dit, l'acide hydriodique, mais bien parce qu'ils s'emparent de l'eau nécessaire à l'existence des deux acides iodique et hydriodique, qui, privés de ce liquide, réagissent l'un sur l'autre, forment une faible quantité d'eau par l'union de l'oxigène avec l'hydrogène, et tout l'iode, mis en liberté, colore de nouveau l'amidon. La preuve que les choses se passent ainsi, c'est que, si l'on ajoute primitivement une goutte d'acide sulfureux à la liqueur décolorée, les acides étendus et même concen-

trés perdent la propriété de la ramener au bleu, tandis que le chlore jouit toujours de cette propriété. Le rôle de l'acide sulfureux consiste donc à faire passer tout l'acide iodique à l'état d'acide hydriodique. La théorie que nous développons ici a déjà été signalée par notre honorable maître, M. Sérullas, relativement au perchlorure d'iode dissous dans l'eau. MM. Dumas et Sérullas ont démontré, par des expériences diverses, qu'en s'y dissolvant il passe toujours à l'état d'acide hydrochlorique et d'acide iodique. L'acide sulfurique concentré, versé dans cette dissolution, reproduit le perchlorure.

Les mêmes phénomènes se passent, lorsqu'on verse un acide concentré dans un liquide qui renferme les acides hydriodique et iodique.

MM. Colin, Gaultier de Claubry et Pelletier ont signalé, dans leurs mémoires, quelques uns des phénomènes dont nous venons de parler; mais ils n'ont pu en donner une explication satisfaisante, parce qu'ils n'avaient pas reconnu la présence de l'acide iodique. Il n'existe rien de plus complet dans les ouvrages de chimie qui ont paru dans ces dernières années.

Les *Annales de Chimie et de Physique*, mai 1833, renferment une notice de M. Lassaigne, et quelques observations de MM. Persoz et Payen sur la propriété remarquable que possède

la solution aqueuse de l'iodure d'amidon, chauffée à une température de soixante-cinq à quatre-vingt-dix degrés, de se décolorer et de reprendre sa couleur par le refroidissement, si toutefois la décoloration n'a pas été parfaite. Ayant répété plusieurs fois cette expérience, nous l'avons trouvée exacte; cependant la couleur ne se renouvelle jamais avec son intensité première. Ce phénomène chimique paraissait, au premier abord, caractériser l'iodure d'amidon, qui aurait possédé une propriété spéciale, n'appartenant ni à l'amidon ni à l'iode.

MM. Payen et Persoz annoncent que dans cette circonstance l'iode enlève de l'hydrogène à l'amidon, pour se transformer en acide hydriodique seulement, et que l'on peut, en versant avec ménagement une faible solution de chlore, faire revivre la couleur; mais qu'un excès de chlore détruit sans retour toute coloration. Il n'est pas surprenant que le chlore détruise à jamais la couleur, puisqu'il fait passer l'iode à l'état d'acide iodique, qui pourra être décomposé par l'acide sulfureux, en colorant de nouveau la liqueur en bleu. Cette expérience réussit toujours, si la quantité d'iodure décolorée par le chlore est assez grande.

Guidé par une théorie fondée sur des faits avérés, nous avons dû chercher à expliquer le phénomène curieux de la coloration par le refroidis-

sement de l'iodure d'amidon, décoloré en partie par l'action du calorique.

Nous avons observé que l'eau agit toujours en transformant l'iode en acides hydriodique et iodique, mais dans des limites telles que les deux acides puissent rester en présence sans se décomposer. La chaleur prolongée facilite la réaction de l'eau ; l'acide hydriodique en excès s'évapore, mais une petite partie reste dans la liqueur quand celle-ci est chauffée doucement; et si la décoloration n'est point parfaite, il arrive alors que, par le refroidissement, l'acide hydriodique réagit sur l'acide iodique, et l'iode, mis à nu, reproduit la couleur bleue en rencontrant l'amidon.

Lors même que la couleur aurait entièrement disparu, nous voyons donc qu'elle pourrait se montrer de nouveau, s'il restait un peu d'acide hydriodique prédominant, qui se détruirait en enlevant de l'oxigène à l'acide iodique; cependant, comme jamais ces deux acides ne se décomposent en totalité, le liquide, bien que coloré par le refroidissement, ne peut revenir à sa couleur primitive que par l'addition du chlore.

Pour nous assurer que cette théorie était bien l'expression de la vérité, nous avons pensé qu'en ajoutant à la solution d'iodure d'amidon, tout à fait décolorée, une goutte seulement d'acide hydriodique fortement étendu d'eau, la couleur

bleue apparaîtrait sur-le-champ. Dans ce cas encore, l'expérience a confirmé la théorie. Si nous avons considérablement affaibli l'acide hydriodique, c'est que nous désirions qu'il pût agir uniquement par ses élémens, et non comme acide.

Il n'en est pas de même avec l'acide hydrochlorique; lorsque celui-ci est trop affaibli, il perd la propriété de reproduire la couleur bleue. Cela se conçoit aisément, puisqu'en présence de l'acide iodique, il ne peut donner naissance qu'à du chlorure d'iode, si toutefois il n'existe pas assez d'eau pour que les deux acides restent en dissolution. L'acide hydriodique, au contraire, en réagissant sur l'acide iodique, ne produit que de l'eau et de l'iode, qui exerce instantanément son action colorante sur la fécule : ce phénomène est d'autant plus sensible que l'iode provient de deux sources.

En signalant ces diverses réactions, nous pouvons croire qu'elles serviront à expliquer les propriétés apparentes dont jouit l'iodure d'amidon, décoloré imparfaitement par une douce chaleur, de reprendre sa couleur par le refroidissement. Tous ces faits prouvent que le composé bleu d'amidon ne subit, en présence de l'eau et par l'action de la chaleur, des changemens dans sa coloration, que parce que ce liquide agit d'une manière particulière sur l'iode. L'ami-

don, dans cette circonstance, ne joue aucun rôle.

Nous devons maintenant étudier le mode d'action de certains agens chimiques sur l'iodure d'amidon.

L'acide sulfurique concentré dissout la fécule, développe de la chaleur, fait éclater les tégumens, les détruit même; car le mélange examiné au microscope après deux jours de réaction, ne laisse plus apercevoir aucun débris de membrane.

La dissolution acquiert bientôt une couleur brune, provenant de l'altération de la substance végétale, qui ne bleuit plus alors par l'iode. Cette première connaissance nous est utile pour établir rigoureusement ce qui se passe lorsque l'acide sulfurique se trouve en présence de l'iodure d'amidon sec, et préparé avec les granules intègres.

L'acide sulfurique concentré, disent les auteurs, dissout l'iodure d'amidon, ainsi que l'acide étendu; mais la dissolution obtenue par le premier est brune et devient violette quand on l'étend d'eau, tandis que la dissolution dans l'acide affaibli est bleue. Ce dernier acide agit, comme le ferait l'eau, en tenant en suspension les granules colorés, visibles au microscope, et l'acide sulfurique concentré modifie tellement les propriétés de l'amidon, que celui-ci a perdu pour toujours le pouvoir de donner la couleur bleue

au moyen de l'iode. Ainsi donc l'acide sulfurique concentré n'a une action sensible sur l'iodure d'amidon qu'en altérant la substance organique et en mettant l'iode en liberté, qui est facilement reconnu par la couleur bleue qu'il communique à une solution aqueuse d'amidine. Il se comporte comme si l'amidon et l'iode étaient isolés.

Quant à l'acide nitrique, il dissout parfaitement l'iodure d'amidon, et la dissolution, au lieu d'être bleue, prend une teinte rougeâtre. L'acide étendu ne fait pas changer la couleur; il parvient cependant, au bout de quelques jours, à dissoudre l'iodure, en corrodant lentement les enveloppes des grains.

Les auteurs annoncent que la couleur rougeâtre, déterminée par l'action de l'acide nitrique, provient toujours de l'iodure d'amidon : il n'en est rien; car il est aisé de démontrer qu'elle est due à la formation de l'acide nitreux. Au reste, la coloration n'est point changée par la solution de dextrine, et la liqueur exhale une odeur assez prononcée d'acide nitreux. Il est encore bien facile de donner exactement la théorie du phénomène produit pendant cette réaction : l'acide nitrique se partage en deux parties : l'une dissout l'amidon, l'autre, au moyen de son oxigène, transforme la totalité de l'iode en acide iodique.

Cela est si vrai que l'acide sulfureux ajouté à la dissolution rétablit de suite la couleur bleue.

J'étais persuadé d'avance que l'acide hyponitrique agirait de même que l'acide nitrique; j'en ai fait l'expérience, et les résultats ont exactement répondu à mon attente.

Depuis que M. O'Connel, chimiste anglais, et M. Sérullas nous ont fait connaître l'action des acides nitrique et hyponitrique sur l'iode, les phénomènes qu'ils produisent au contact de l'iodure d'amidon doivent être prévus.

L'acide hydrochlorique concentré ou affaibli agit comme simple dissolvant sur le composé bleu d'amidon.

Il devait en être ainsi, puisque l'iode et l'amidon n'éprouvent jamais aucun changement en présence de l'acide hydrochlorique.

On dit aussi que la solution aqueuse de chlore détruit la couleur bleue de l'iodure d'amidon, pour lui en donner une autre qui est jaunâtre. Nous avons toujours observé que la décoloration est complète, parce qu'il se forme, dans cette circonstance, de l'acide hydrochlorique et de l'acide iodique. L'acide sulfureux doit rétablir la couleur, et c'est aussi ce qui arrive.

L'iodure d'amidon est encore détruit par les acides sulfureux et hydrosulfurique, qui transforment tout l'iode en acide hydriodique.

Le premier de ces acides détermine l'acidification de l'iode à l'aide de l'hydrogène de l'eau, tandis que le second cède directement l'hydrogène, et laisse déposer un peu de soufre.

Les phénomènes que présente l'iodure d'amidon sous l'influence des alcalis sont très faciles à expliquer; ces bases exercent leur action décolorante, en déterminant la formation des acides de l'iode, et s'y unissent pour produire des hydriodates et des iodates.

Les solutions concentrées de potasse et de soude caustiques dissolvent le composé bleu d'amidon, parce qu'elles ont aussi cette puissance sur la fécule intègre privée d'iode.

Il est inutile de dire que la propriété dont jouissent l'éther et l'alcool, d'enlever la couleur de l'iodure d'amidon, tient à la facilité avec laquelle ils dissolvent l'iode.

De tous ces faits, nous pouvons maintenant tirer les conclusions suivantes :

1°. L'iodure d'amidon intègre, qu'il soit rougeâtre, violet, bleu ou noir, est toujours insoluble dans l'eau froide;

2°. La solution aqueuse d'iodure d'amidon ne se décolore par la chaleur que parce que l'eau, à l'aide de ses élémens, transforme l'iode en acides hydriodique et iodique;

3°. La propriété qu'elle possède sous certaines

conditions, de reprendre, en refroidissant, sa couleur primitive, dépend d'une réaction ultérieure des deux acides que je viens de nommer;

4°. Les acides concentrés ou étendus ne rétablissent la couleur bleue qu'en s'emparant de l'eau nécessaire à l'existence simultanée des acides de l'iode; car si, premièrement, on ajoute à la liqueur quelques gouttes d'acide sulfureux, le phénomène de coloration ne se produit plus;

5°. Les acides sulfurique, nitrique, hydrochlorique, sulfureux, hydrosulfurique, le chlore, les alcalis, l'éther et l'alcool se comportent avec l'iodure d'amidon, comme si la substance végétale et l'iode s'y trouvaient dans un état d'isolement;

6°. Ces diverses considérations nous permettent d'affirmer que l'iode ne forme pas avec l'amidon une combinaison dans le sens propre du mot, mais bien un mélange uniquement caractérisé par sa couleur : en conséquence, l'iodure d'amidon ne semble plus pouvoir désormais figurer au nombre des composés chimiques.

DE
LA BLENNORRHAGIE
CHRONIQUE.

L'inflammation chronique de l'urètre est une affection, malheureusement trop commune, trop féconde en conséquences graves, et pour laquelle les praticiens, spécialement les officiers de santé de l'armée, sont trop fréquemment consultés, sans qu'ils puissent toujours lui opposer des moyens assurés de traitement.

Si l'on interroge les syphiliographes les plus estimés, on verra que les uns, pleinement rassurés sur l'avenir des sujets qui conservent des écoulemens presque insensibles de liquides, clairs et visqueux, de l'urètre, conseillent d'abandonner au temps la guérison de ces sécrétions devenues habituelles; tandis que d'autres, en plus grand nombre, surtout parmi les plus récens, considèrent ces mêmes sécrétions comme toujours dangereuses, et comme indiquant la présence d'altérations profondes, déjà développées dans le canal excréteur de l'urine.

L'opinion de ceux-ci, on ne saurait le mé-

connaître, est plus conforme aux faits que celle des autres, ainsi que l'attestent une foule de résultats, ordinairement très graves, qui font le désespoir des malades et des praticiens. Il est manifeste aujourd'hui que les écoulemens chroniques dont il s'agit ne sont pas, comme le croyaient Cullerier oncle, Swédiaur, et comme le professent encore quelques écrivains, le simple effet d'une habitude d'exhalation augmentée, sans lésion de texture de la membrane muqueuse de l'urètre. Il est démontré, au contraire, que ces écoulemens dépendent de l'affection de points circonscrits, peu étendus ou limités à de très petits intervalles, de l'intérieur du conduit muqueux, sur lesquels l'irritation semble s'être concentrée, et qui tendent à s'altérer de plus en plus.

Ce premier point étant admis, un second problème restait à résoudre, savoir, en quoi consiste la lésion locale de l'urètre, qui entretient le suintement qui nous occupe. Ici, encore, les observateurs sont en dissidence, et les variations de leur doctrine ont retenti d'une manière quelquefois déplorable sur la pratique. Consultez, en effet, Ducamp, MM. Lallemand, Amussat et Ségalas, et vous verrez les lésions qui nous occupent rapportées à des irritations chroniques de la membrane, qui tend à s'épaissir, à devenir calleuse sur

les points affectés, et à y produire des rétrécissemens plus ou moins serrés et graves. Ouvrez d'autres livres, et vous y trouverez que l'urètre peut recéler des carnosités, des érosions, des ulcères, dont les cicatrices occasionent encore, ou occasioneront plus tard les coarctations qui gêneront l'expulsion de l'urine, la rendront difficile ou l'arrêteront entièrement.

Il est inutile de dire que la thérapeutique doit varier selon ces étiologies diverses. Les injections astringentes, détersives, et le traitement antisyphilitique intérieur, si bien indiqués dans les cas d'ulcères et de carnosités, doivent être entièrement rejetés s'il s'agit d'épaississemens muqueux ou sous-muqueux saillans, durs et dilatables, cautérisables ou incisables exclusivement.

La science en est à ce point, sous le double rapport de la théorie et de la pratique; et, malgré la judicieuse protestation de quelques esprits éclairés, la doctrine des épaississemens et de la phlogose chronique l'avait emporté, d'une manière absolue, sur celle des carnosités et des ulcérations. De là la vogue toujours croissante et l'application devenue banale des cautérisations de l'urètre. Ajoutez qu'il a toujours été difficile de recourir, afin d'éclairer la difficulté, à ce livre de la nature, si largement, si fréquemment ouvert au médecin pour une multitude d'autres

maladies. Il est rare, en effet, que des individus succombent à des lésions de l'urètre, auxquelles ils n'attachent d'ailleurs que peu d'importance; et lorsque, en étant affectés, d'autres altérations viscérales occasionent leur mort, ces dernières maladies ont captivé toute leur attention, ainsi que celle des médecins, et l'urètre n'est point examiné. Enfin, chez les sujets que des ulcérations profondes de l'urètre et de la vessie font périr, vingt à trente ans après les urétrites chroniques dont ils ont été atteints, on peut bien observer les désordres graves produits par une si longue persévérance du mal, mais les lésions originelles, les premières modifications morbides ont depuis long-temps disparu, ou se sont tellement modifiées qu'il n'est plus donné à l'œil le plus perçant de les distinguer.

La question, sur ce dernier point, était donc restée indécise, et livrée, pour ainsi dire, à l'arbitraire des spéculations pratiques. M. Brun a entrepris de la résoudre : son travail a dû lui coûter beaucoup de soins, d'attention et de persévérance; mais aussi les résultats auxquels il est parvenu, quoique fondés encore sur un trop petit nombre de faits, sont-ils de nature à fixer l'attention des praticiens. Ils sont précieux, comme tous ceux que fournit l'anatomie pathologique sagement interrogée; et en supposant que d'autres observations vinssent fournir

d'autres conclusions, ils n'en conserveraient pas moins, de même que tous les faits bien constatés, leur place dans la science, et continueraient à entraîner avec eux des conséquences importantes.

Il a fallu cet attrait de nouveauté, cet intérêt puissant, attaché à des recherches qui doivent contribuer à éclairer un point obscur et grave d'étiologie, pour nous faire ajouter ce travail sur la syphilis à ceux, déjà si nombreux, que contient le volume précédent.

On remarquera, toutefois, qu'il ne s'agit encore ici que d'anatomie pathologique. Que nos collègues entrent donc dans la même voie, qu'ils multiplient les recherches, qu'ils communiquent leurs observations, et les corollaires pratiques ne tarderont pas à surgir. Il en résultera certainement des moyens d'exploration plus sûrs, des méthodes de traitement moins vacillantes, moins empiriques, et plus efficaces que celles qui sont généralement employées, ou qui se partagent sans motif raisonnable les suffrages des chirurgiens contre les urétrites chroniques.

Ces quelques lignes d'explications nous ont semblé nécessaires pour faire comprendre l'état de la question que M. Brun s'est proposé de contribuer à résoudre, nous allons le laisser lui-même exposer ses idées.

RÉFLEXIONS ET OBSERVATIONS

SUR

LA BLENNORRHAGIE CHRONIQUE,

ENTRETENUE, LE PLUS SOUVENT,

Par des ulcérations dans l'intérieur du canal de l'urètre ;

Par M. A. BRUN,

Chirurgien-aide-major au 39e régiment de ligne.

Si une foule d'auteurs se sont spécialement attachés à décrire les maladies vénériennes ; s'ils se sont plu à préconiser, chacun en particulier, les différentes méthodes de traitement qu'ils leur ont opposées, il en est peu qui se soient occupés de rapporter les symptômes nécrologiques de la blennorrhagie chronique, ou de cette sécrétion puriforme, anormale, que les jeunes gens, mais particulièrement nos soldats, portent une, deux, trois et quelquefois un plus grand nombre d'années, à moins cependant qu'une nouvelle infection ne les force d'entrer à l'hôpital et de se mettre, de nouveau, entre les mains d'un chirurgien.

Les praticiens employés dans les hôpitaux n'ont que rarement, il est vrai, l'occasion de faire des observations de ce genre, parce que les lésions qui les fourniraient sont, en général, peu graves et ne compromettent presque jamais l'existence des malades. Il arrive souvent d'ailleurs que l'individu qui succombe à une fluxion de poitrine, ou à toute autre maladie interne, et qui n'est point placé dans les salles des vénériens, ne déclare, en entrant à l'hôpital, que l'affection la plus grave, et garde, sur l'existence de la maladie qui fait le sujet de nos réflexions, un silence que rien ne l'engage à rompre.

Si tous les auteurs qui ont traité des maladies vénériennes sont d'acord sur les diverses terminaisons de la blennorrhagie, ils disent aussi qu'une des plus ordinaires, parmi ces terminaisons, est celle où l'on voit, malgré des traitemens énergiques et rationnels, les écoulemens persister durant des années entières, et ne cesser qu'après un laps de temps assez long, par l'effet d'un régime bien suivi et de ménagemens sans nombre.

Parmi les observateurs, les uns ajoutent que ces écoulemens sont entretenus par des inflammations chroniques de la membrane muqueuse du canal de l'urètre, les autres, par des callosités; les troisièmes, enfin, se fondant sans doute sur les diverses terminaisons de l'inflammation,

pensent que l'écoulement purulent que fait paraître tous les matins, et quelquefois dans le jour, le jeune homme atteint de blennorrhagie chronique, quand il presse le canal de bas en haut, est produit par l'existence d'une ulcération ou gerçure qui existe sur un des points de l'urètre. M. le baron Larrey, dans un Mémoire qu'il a inséré dans le *Journal de Médecine, de Chirurgie et de Pharmacie militaires*, parle fort au long de l'existence de ces gerçures et de ces callosités.

Sans prétendre décider en dernier ressort une question qui mérite encore de fixer l'attention, nous allons tâcher, après avoir donné les signes que nous avons reconnus les plus certains pour faire présumer l'existence des ulcérations de la membrane muqueuse urétrale, de démontrer, à l'aide d'observations qui nous ont été fournies par des individus morts d'autres maladies que de la syphilis, que la sécrétion puriforme des blennorrhagies chroniques est, en géral, le produit d'un ulcère qui a son siége sur une des parties de l'urètre. Cette étiologie n'est sans doute pas constante, puisque deux sujets ne nous ont présenté que des points d'inflammation plus vifs que les autres, et nous dirons plus loin en quoi consistait cette phlegmasie; mais la présence des ulcères nous paraît la cause la plus ordinaire de cette affection.

Nos observations ont été recueillies d'ailleurs sur un grand nombre de sujets, et nous avons cherché surtout à les écrire avec la vérité qu'un chirurgien nécrologiste doit s'imposer, quand il rapporte des faits recueillis sur les cadavres.

Les affections vénériennes étant si répandues, et la blennorrhagie, en particulier, étant de toutes la plus commune, il nous a été facile de nous assurer, sur un grand nombre d'individus, si la blennorrhagie chronique détermine toujours des douleurs plus ou moins vives. Il est résulté de nos recherches, à ce sujet, que ces douleurs sont presque constantes, et que tous les jeunes gens, atteints de l'écoulement chronique, depuis cinq ou six mois, les accusent dans un des points du canal, variable suivant le siége de la maladie. L'anus y participe le plus souvent, et elles sont quelquefois aiguës.

Dans le plus grand nombre des cas, les hommes éprouvent, depuis le lieu où existe la maladie, jusqu'au méat urinaire, un prurit qui se renouvelle assez souvent, et qui, parfois, est très incommode. L'émission de l'urine ne fait éprouver de souffrances que lorsque ce liquide est trop long-temps retenu dans la vessie, et qu'il jaillit avec force en sortant. La douleur alors provient de la trop grande dilatation que subit le canal. Il en est de même pour les éjaculations durant le

coït, avec cette différence, cependant, que la douleur persévère alors à l'endroit où siége le mal, jusqu'à ce que l'érection soit terminée. Quelquefois, nous ont dit plusieurs individus, la douleur est si vive qu'elle fait oublier momentanément le plaisir. L'anus, ajoutent-ils, est aussi le siége alors d'une cuisson des plus violentes.

Tels sont les signes que nous ont fournis les interrogations auxquelles beaucoup de jeunes gens ont eu à répondre. Si, comme on le voit, ils ne sont pas en très grand nombre, ils sont du moins presque constans, et, à ce sujet, ils méritent de fixer l'attention des praticiens. Mais, pour arriver à distinguer si la douleur qu'éprouve en éjaculant le jeune homme atteint de blennorrhagie chronique est due, de même que la sécrétion purulente, à la présence d'un ulcère dans l'urètre, ou bien, si elle dépend d'un épaississement de la membrane muqueuse, ou de quelques callosités qui peuvent exister sur les parois de ce canal, il faut encore un grand nombre d'observations recueillies sur le cadavre, et rapportées avec véracité; et l'époque où l'on pourra dire *à priori*, cette blennorrhagie chronique est entretenue par l'existence d'un ulcère sur un des points de l'urètre, et cette autre, par telle lésion différente, est, nous le croyons, encore éloignée. Jusque-là, on ne pourra se permettre que des con-

jectures plus ou moins aventureuses. Les anatomo-pathologistes ont bien dit avoir trouvé, dans le canal de l'urètre, des ulcérations, des gerçures, des callosités et d'autres lésions dépendant des diverses terminaisons de la blennorrhagie; mais ce n'est qu'au moyen de signes positifs qu'on pourra localiser encore la maladie, pour ensuite l'attaquer avec plus de facilité.

Avant de relater les faits nécrologiques que nous avons recueillis, nous nous demanderons si cette goute purulente, que beaucoup de malades supportent, ou plutôt entretiennent par leur insouciance, est contagieuse, et peut communiquer du mal vénérien, par la cohabitation. Ici se présentent deux opinions entièrement contraires, et toutes deux, ayant à l'appui de ce qu'elles avancent, des faits assez nombreux, observés, disent leurs auteurs, avec toute l'exactitude possible. Laquelle des deux adopter? Les partisans de l'une de ces opinions, qui croient toujours voir la présence du virus syphilitique, lors même qu'il n'existerait sur le gland qu'une légère excoriation de nature bénigne, pensent, à plus forte raison, que la sécrétion blennorrhagique puriforme est entretenue par un vice vénérien qui, sans en douter, doit la rendre contagieuse. Les antagonistes, au contraire, ne croient pas à la présence du virus; et leur système, écrit avec entraînement, qui tend

à renverser une vérité depuis très long-temps émise, voit aujourd'hui ses fondemens s'écrouler d'eux-mêmes, parce qu'ils n'avaient été construits qu'avec des matériaux imparfaits. Toutefois, malgré cette prédilection en faveur de l'existence du virus vénérien, il nous semble démontré que la blennorrhée chronique, sujet de nos réflexions, n'est point contagieuse, lorsqu'elle existe depuis cinq ou six mois. Cet espace de temps est nécessaire, suivant nous ; mais nous ne prétendons pas que la cohabitation puisse être sans danger, si la blennorrhagie a été contractée depuis peu. Que l'on questionne à ce sujet les jeunes gens qui font la folie de conserver cette affection, simple à leurs yeux, on n'en trouvera pas un seul qui reconnaisse avoir donné du mal vénérien, ou en avoir contracté de nouveau, s'il a subi, pour sa blennorrhagie, un traitement rationnel, et si la personne qu'il a vue ne se trouve point en proie à une maladie syphilitique.

Il faut avoir peu suivi la marche de ces affections ou en avoir peu traité, pour ne pas se figurer que, lorsqu'on a fait subir un traitement rationnel à un individu atteint de blennorrhagie, la cause de ces écoulemens est détruite, et que s'il existe encore une sécrétion anormale, elle ne se trouve plus sous l'influence du virus vénérien, mais bien dépendante d'une

altération locale existant dans l'intérieur du canal de l'urètre. Or, d'après ce raisonnement, il sera facile de comprendre que, si après les gonorrhées bien traitées il existe un écoulement chronique qui n'ait produit aucun accident vénérien, malgré un coït exercé assez souvent et long-temps; il sera facile de comprendre, disons-nous, que cette matière purulente, fournie par une plaie ou un ulcère, rentre dans la catégorie des sécrétions puriformes anormales, non contagieuses, fournies par les plaies simples.

D'ailleurs, où en serait l'homme, si la suppuration fournie par des plaies bénignes, qui ont leur siége à l'extérieur ou à l'intérieur des parties génitales, était toujours de nature contagieuse? L'expérience permet de constater chaque jour qu'un ulcère, de nature vénérienne dans le principe, et ne pouvant se cicatriser, à raison de mille circonstances qui s'y sont opposées, fournira, au bout d'un certain temps, une suppuration qui devra essentiellement rentrer dans la classe des matières puriformes non contagieuses, attendu que le sujet aura subi un traitement rationnel, destructeur de la cause qui primitivement avait occasioné l'apparition du mal.

Qu'il nous soit permis de faire remarquer que ce n'est qu'au moyen de visites et des demandes

fréquemment réitérées, que nous avons pu atteindre le but que nous nous proposions; car, soit par décence, soit par crainte de passer dans les salles des vénériens, les militaires que nous interrogions répondaient d'abord presque toujours négativement aux questions que nous leur adressions. Enfin, avec un peu de peine et beaucoup de temps, nous avons été récompensés de notre travail. Nous osons dire aussi que, si le sort nous replace dans les hôpitaux, comme nous l'espérons, nous ferons de nouvelles recherches pour augmenter le nombre de nos observations.

Nous avons souvent constaté que les hommes atteints de sécrétions urétrales purulentes chroniques avaient leur jet d'urine aussi fort et aussi volumineux qu'avant l'invasion de la blennorrhagie; ce qui prouverait qu'il peut exister des ulcérations dans le canal excréteur de l'urine, sans que son calibre soit rétréci.

PREMIÈRE OBSERVATION.

B***, âgé de vingt-cinq ans, fusilier au 28e de ligne, entra à l'hôpital de Toulon, le 30 décembre 1830, pour une gastro-colite, qui résista aux divers traitemens qu'on lui opposa, et qui finit par le faire succomber, le 1er février de l'année suivante.

A l'autopsie, nous avons observé les profonds

ravages qu'avait produits cette maladie sur la membrane muqueuse gastrique et sur celle du gros intestin, mais particulièrement sur le dernier, et près la valvule iléo-cœcale.

Le canal de l'urètre, ouvert dans la longueur de sa face supérieure qui regarde le pubis, car c'est toujours de cette manière que nous avons procédé, nous a montré une ulcération située dans la fosse naviculaire, au point qui correspond au frein, en dessous de la rainure du gland. Cette ulcération, ou plutôt cette plaie, dont les bords n'étaient ni élevés, ni taillés à pic, avait une couleur un peu blafarde; son étendue était d'une ligne de long, sur une demi-ligne de large. Le reste du canal paraissait absolument dans l'état naturel.

B*** avait contracté, pour la première fois, une blennorrhagie en 1829. Elle fut traitée, dans un hôpital, par des sangsues au périnée, des bains, des boissons mucilagineuses, le copahu, et enfin par quelques injections faites avec la tisane qu'il buvait. Il prit aussi vingt pilules, dont il n'a pu nous dire la composition, mais que nous avons présumé être des pilules mercurielles. Le quinzième jour après sa sortie de l'hôpital, il remarqua que, le matin, il faisait venir, en pressant le canal, un peu de matière purulente, écoulement

auquel il ne remédia point, parce qu'il ne le gênait en rien.

DEUXIÈME OBSERVATION.

J***, âgé de trente et un ans, fusilier au 18e de ligne, vint à l'hôpital de Toulon, le 10 décembre 1830, pour un anévrisme de la crosse de l'aorte. Son séjour dans l'établissement ne fut pas long, car il n'existait plus le 25 du même mois.

L'ouverture du cadavre réalisa le diagnostic du médecin traitant. Nous trouvâmes, en effet, la crosse de l'aorte extrêmement dilatée; le ventricule droit l'était aussi un peu; le sommet des poumons était parsemé de tubercules.

Nous avons trouvé dans le canal de l'urètre, sur la partie muqueuse de la portion spongieuse, une ulcération assez grande, médiocrement profonde, à bords relevés et même un peu calleux; la couleur en était assez belle; le reste du canal était sain.

Ce militaire avait contracté, pour la deuxième fois, en 1827, une urétrite aiguë, pour laquelle il avait fait un traitement mercuriel. Malgré ces divers soins, il avait constamment aperçu un peu de suppuration quand il pressait le canal. Mais comme cette maladie ne le gênait en rien, et qu'il ne donnait point de mal à la femme qu'il connais-

sait habituellement, il l'avait laissée aller, sans jamais y porter remède.

TROISIÈME OBSERVATION.

D***, âgé de vingt-quatre ans, fusilier au 40e de ligne, entra à l'hôpital le 14 février 1831, pour une affection chronique de la poitrine, à laquelle il a succombé le 24 avril de la même année.

Nous avons trouvé, à l'autopsie, le poumon gauche presque entièrement détruit; le droit offrait une caverne dans son lobe moyen, suite de la fonte de plusieurs tubercules.

Il existait dans le canal de l'urètre une ulcération qui avait son siége dans la fosse naviculaire. Sa couleur était pâle, ses bords un peu saillans, sa forme ovale; elle avait une ligne dans son plus grand diamètre. Le reste du canal n'offrait rien de remarquable.

C'était pour la troisième fois que D*** avait contracté une blennorrhagie qui, disait-il, n'avait jamais voulu disparaître entièrement, malgré un traitement par les frictions. Cette affection, qui ne le gênait en rien, existait depuis 1829, époque de sa dernière blennorrhagie. Cependant il nous a dit, que quand il exerçait le coït, il éprouvait quelques douleurs dans le point du canal que nous avons trouvé malade.

QUATRIÈME OBSERVATION.

M***, âgé de trente ans, caporal au 49e de ligne, vint à l'hôpital le 1er janvier 1831, pour une colite chronique qui résista à toute espèce de traitement, et qui le fit périr au bout de trente-cinq jours.

L'ouverture du gros intestin nous fit voir que la lésion était trop grave pour que le malade pût en échapper. Nous y trouvâmes un grand nombre d'ulcérations, disséminées sur toute la muqueuse de cet organe.

Le canal de l'urètre étant ouvert, nous apercûmes un ulcère qui avait son siége au centre de la portion bulbeuse; nous remarquâmes aussi deux productions assez analogues au tissu des polypes muqueux, et qui faisaient saillie sur la membrane de cette région. Ces productions anormales, qui, plus tard, auraient probablement changé de nature et d'organisation, étaient, d'après nous, un commencement de rétrécissement. La plaie avait une forme arrondie.

M*** portait cette affection depuis 1829, époque de sa dernière blennorrhagie, pour laquelle il avait subi un traitement rationnel. Il nous a dit avoir connu la même femme pendant plus d'un an, sans lui avoir donné de mal, et sans que le sien se soit aggravé.

CINQUIÈME OBSERVATION.

B***, âgé de vingt-neuf ans, fusilier au 21e de ligne, évacué d'Alger pour une colite chronique, entra à l'hôpital de Toulon, le 28 septembre 1830, et succomba le 28 octobre de la même année.

L'ouverture du cadavre nous montra à peu près les mêmes lésions que chez le sujet de l'observation précédente.

L'urètre nous a offert, dans la fosse naviculaire, une ulcération qui occupait la moitié de la circonférence du canal. Elle était profonde, sans que se bords fussent ni calleux, ni taillés à pic. Le reste du canal était sain.

B***, qui nous a affirmé n'avoir plus connu de femme depuis l'urétrite qu'il avait contractée, nous a dit aussi que sa goutte militaire, c'est ainsi qu'il l'appelait, ne l'avait jamais quitté, et ne le gênait en rien; seulement, par intervalles, il éprouvait, dans ce lieu, des démangeaisons presque insupportables.

SIXIÈME OBSERVATION.

P***, âgé de trente-deux ans, fusilier au 21e de ligne, entra à l'hôpital, le 3 janvier 1831, et mourut le 6 février suivant, à la suite d'une pleuropneumonie aiguë.

Le poumon droit était presque totalement hépatisé; le gauche était sain. Nous rencontrâmes, entre les deux hémisphères du cerveau, un kyste séreux de la grosseur d'une noisette.

Il existait, dans l'intérieur du canal de l'urètre, une ulcération située au tiers supérieur de la portion spongieuse. Son centre paraissait un peu déprimé et blafard; ses bords n'offraient rien de remarquable. Le reste du canal était sain.

Ce fut à la suite d'une seconde blennorrhagie, que P*** s'aperçut que tous les matins il faisait paraître un peu de suppuration en pressant l'extrémité de la verge. Cependant il n'avait rien négligé pour se guérir entièrement de cette affection; mais comme elle ne lui occasionait aucun désagrément, il n'y apporta plus d'attention, et la conserva pendant les deux années qui précédèrent sa mort.

SEPTIÈME OBSERVATION.

C***, âgé de vingt-six ans, fusilier, au 40e de ligne, entra à l'hôpital pour une pneumonie chronique, à laquelle il succomba deux mois après.

Les poumons de ce malheureux étaient recouverts de tubercules. La face convexe du foie en offrait trois, dont le plus volumineux était comme une noix.

Il y avait dans le canal de l'urètre une ulcé-

ration dont les bords étaient assez saillans, presque calleux et le centre blafard; sa forme était presque ronde, son plus grand diamètre avait une ligne. Nous avons trouvé aussi, vers le centre de la portion bulbeuse, une callosité qui diminuait de beaucoup le calibre du conduit urétral. L'ulcère était situé dans la fosse naviculaire.

Ce militaire avait eu trois blennorrhagies, dont les deux premières n'avaient point laissé de trace. La dernière, au contraire, n'avait jamais pu disparaître entièrement, malgré un traitement bien dirigé; cet écoulement, qu'apercevait C***, existait depuis dix huit mois.

HUITIÈME OBSERVATION.

L***, âgé de vingt-cinq ans, caporal au 35e de ligne, vint à l'hôpital, étant évacué d'Alger pour une colite chronique des plus intenses. La maladie était avancée à ce point, que les selles que rendait ce militaire avaient une odeur gangreneuse, et contenaient, on aurait dit, des portions de membrane muqueuse détachées de l'intestin. L'ouverture du cadavre nous a fait voir un grand nombre d'ulcérations dans le gros intestin, ainsi qu'un épaississement de ses parois. L'odeur qu'exhalait cet organe était en tout semblable à celle des évacuations alvines.

Il existait dans l'urètre une ulcération simple

et d'une belle couleur; elle était ovale et son plus grand diamètre avait une ligne et demie; elle était placée près de l'extrémité supérieure de la portion spongieuse.

Il y avait deux ans que L*** avait, pour la première fois, contracté une urétrite vénérienne. Il nous a dit qu'il attribuait la continuation de l'écoulement au peu de soin qu'il y apportait; et cela parce qu'il ne le gênait en rien, ni dans ses amusemens, ni dans son service.

NEUVIÈME OBSERVATION.

R***, âgé de trente-deux ans, sergent au 49e, entré à l'hôpital le 8 septembre 1831, pour un engorgement de la rate, qui lui était survenu à la suite d'accès de fièvre quarte, mourut cinquante-deux jours après son admission.

A l'ouverture du corps, nous avons trouvé la rate d'un volume extraordinaire, presque squirrheuse en certains endroits. Les organes gastriques étaient aussi phlogosés.

L'urètre offrait une ulcération située à la réunion des deux tiers inférieurs avec le tiers supérieur de la portion spongieuse. Elle était de forme ovale, et son plus grand diamètre avait deux lignes. Son aspect n'était pas défavorable, mais ses bords étaient un peu calleux. Le reste du canal était sain.

Ce militaire avait eu deux blennorrhagies, dont une, la première, n'avait pas laissé de trace; mais pour la seconde, voyant que, malgré les frictions et toute la cohorte d'un traitement méthodique, elle ne se tarissait point, il prit le parti de sortir de l'hôpital. Il avait depuis neuf mois négligé totalement cette affection, parce que, nous a-t-il dit, elle ne le gênait en rien : seulement il éprouvait une assez forte cuisson, qui s'étendait jusqu'à l'anus, lorsqu'il exerçait le coït deux fois dans un court espace de temps.

DIXIÈME OBSERVATION.

D***, âgé de vingt-neuf ans, canonnier au 10e régiment d'artillerie, se laissa tomber du haut des remparts du fort Lamalgue, dont la hauteur est de cinquante à soixante pieds. Il fut apporté à l'hôpital une demi heure après, mais les soins qu'on lui donna furent inutiles, car il n'existait plus un quart d'heure plus tard.

Ce militaire était sorti de l'hôpital, il y avait quinze jours sans être complétement guéri d'une urétrite qui était passée à l'état chronique, et pour laquelle il avait subi un traitement mercuriel. L'accident malheureux qui lui arriva nous fournit l'occasion de vérifier si notre diagnostic était exact; car, d'après les questions que nous lui avions adressées, pendant qu'il était dans

les salles des vénériens, nous avions pensé que la partie de l'urètre qui se trouvait malade était l'extrémité inférieure de la portion spongieuse.

L'ouverture du cadavre nous montra de graves lésions dans l'intérieur de l'abdomen. Le foie détaché du diaphragme était descendu dans la fosse iliaque du même côté. Sa convexité était ciselée assez profondément dans plusieurs endroits. Le rein droit était déchiré sur quatre points de sa face antérieure; les autres organes étaient sains. Nous oublions de dire que la cavité abdominale était remplie de sang rouge mêlé à du sang veineux, qui provenaient, l'un de la veine cave ascendante, et l'autre de l'artère hépatique.

Le canal de l'urètre nous fit voir une ulcération qui avait son siége à la réunion des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur de la portion spongieuse. Cet endroit était un peu plus élevé que nous ne l'aurions présumé pendant la vie de D***; le reste du canal était dans l'état normal. Cette ulcération, à bords calleux, était assez profonde et blafarde. Sa grandeur était d'une ligne et demie de long sur une de large, sa forme était ovale.

ONZIÈME OBSERVATION.

R***, âgé de vingt-neuf ans, sergent-major au 17e de ligne, fut évacué du lazaret de Marseille sur Toulon, pour une colite passée à l'état chronique, et qu'il avait contractée à Alger. Cette maladie, qui l'avait réduit au marasme, le fit succomber quarante jours après son entrée dans l'établissement.

L'autopsie nous montra de profondes lésions du gros intestin, et particulièrement dans le voisinage de la valvule iléo-cœcale; les autres organes gastriques étaient aussi phlogosés.

Nous trouvâmes dans l'urètre, sur la portion bulbeuse, deux petites éminences de la grosseur d'un grain de chenevis, placées à la distance d'un pouce l'une de l'autre. Leur couleur était d'un rouge semé de petits points blancs. Nous n'avons pu déterminer si c'étaient des glandes engorgées ou des boursouflemens de la muqueuse. Toujours est-il que la matière purulente devait être fournie par ces points proéminens, puisque le reste du canal était dans l'état normal. Ce sous-officier, qui fut enlevé au commencement de sa carrière militaire, nous a dit que cet écoulement n'avait jamais cessé d'exister depuis sa dernière blennorrhagie, qu'il avait traitée lui-même ; et cette époque datait de sept mois.

DOUZIÈME OBSERVATION.

R***, âgé de vingt-quatre ans, fusilier au 8e de ligne, mourut à l'hôpital de Lille le 9 août 1832, à la suite d'une fluxion de poitrine qui résista aux médications qu'on lui avait opposées.

L'ouverture du cadavre nous fit voir un commencement d'hépatisation du lobe inférieur du poumon gauche. Le reste de cet organe était gorgé d'un sang spumeux. La muqueuse bronchique du côté droit était fortement enflammée.

Il existait dans la fosse naviculaire de l'urètre une sorte de bouton qui avait une couleur pâle, et qui laissait suinter une matière blanchâtre lorsqu'on le pressait.

R*** n'avait eu qu'une blennorrhagie, pour laquelle il était resté quatre mois dans un hôpital. Fatigué de voir qu'elle ne tarissait point, quoiqu'elle eût bien diminué, il demanda à sortir. A peine fut-il arrivé à sa caserne, qu'il se procura une seringue, et fit des injections de toute espèce. Mais voyant qu'il ne parvenait à rien, et que sa maladie ne le gênait point, il prit le parti de tout abandonner. Sa goutte puriforme existait depuis quatorze mois, lorsque la mort vint l'enlever.

Si nous n'avons pas détaillé en entier les observations ci-dessus, c'est que nous avons pensé

qu'il était suffisant de rapporter l'état pathologique du canal de l'urètre, puisque c'est dans son intérieur que nous avons trouvé les lésions qui font le sujet de ce mémoire.

Les petits engorgemens qui existaient sur la muqueuse de l'urètre et qui fournissaient, comme les ulcérations, un suintement purulent, auraient, d'après notre manière de voir, ou changé de nature, et acquis la consistance des callosités, ou bien auraient fini par s'ulcérer, en commençant par leur sommet. Leur début alors, ainsi que leur terminaison, auraient ressemblé à ce que l'on observe de ces boutons, qui s'élèvent quelquefois sur les faces dorsale ou inférieure de la verge, et qui dégénèrent en de vrais ulcères phagédéniques. Cette transformation se serait opérée avec d'autant plus de facilité que l'engorgement inflammatoire, sur les points tuméfiés, était entretenu par le passage de l'urine, souvent répété dans le courant de la journée.

Réflexions sur le traitement.

Nous n'avons que peu de chose à ajouter aux judicieux préceptes établis par tant de praticiens relativement à la curation des affections vénériennes. Qu'il nous soit permis cependant de dire que, dans les cas analogues à ceux que nous avons relatés, il serait possible, après avoir dé-

truit la cause occulte et intérieure de la maladie, d'attaquer ses effets locaux.

Si, par des interrogations habiles et une exploration attentive, on parvenait à connaître approximativement le siége du mal, il faudrait, de préférence, se servir alors de la sonde porte-caustique, qui agirait avec d'autant plus d'efficacité et de promptitude, que l'on serait plus certain du lieu qu'occupe l'ulcération.

Puisqu'une forte dissolution de nitrate d'argent introduite dans la trachée-artère n'occasione point d'accidens graves, et qu'au contraire cette médication a parfaitement réussi naguère à M. Trousseau, dans un cas de croup, ne serait-il pas possible de l'introduire dans le canal excréteur de l'urine avec aussi peu de danger? Jusqu'à ce jour, nous n'avons eu personne sur qui nous ayons pu appliquer ce moyen; mais, à la prochaine occasion, nous remarquerons l'effet que pourra produire l'injection d'une solution d'un grain de nitrate d'argent dans trois onces d'eau distillée, en commençant par une injection toutes les vingt-quatre heures.

Nous nous croirions heureux si, par ces observations, trop peu nombreuses sans doute, mais recueillies laborieusement, parmi un grand nombre d'individus, nous pouvions fixer l'attention des praticiens sur ce point de pathologie,

à nos yeux du plus haut intérêt pour les sujets atteints d'une maladie aussi commune que désagréable. En effet, si l'on ne pensait pas trop souvent qu'à l'aide d'un régime bien suivi on peut guérir ces écoulemens chroniques, et que l'on fût presque assuré, au contraire, que s'il existe encore des symptômes de blennorrhagie, ils sont dus à la présence d'ulcérations dans le canal de l'urètre, on sentirait mieux la nécessité de faire subir aux malades des traitemens rationnels et méthodiques, dont ils obtiendraient sans doute de bons effets.

En un mot, si les chirurgiens étaient bien fixés sur les lésions pathologiques qui succèdent le plus souvent à la blennorrhagie, ils pourraient presque toujours, par des médications appropriées, tarir la source du mal, et éviter par là les désagrémens et les dangers qu'entraînent des écoulemens chroniques, causes trop fréquentes de lésions consécutives graves des voies urinaires.

MÉMOIRE

SUR

LES FIÈVRES INTERMITTENTES DU MARAIS DE LA VENDÉE,

Observées de 1830 *à* 1833;

Par M. BONTÉ, D.-M.,
Chirurgien-aide-major au 32e *régiment d'infanterie de ligne.*

Peu de jours après la révolution de juillet 1830, nous quittâmes Rennes, où nous étions en garnison, et bientôt j'allai, avec un des bataillons du régiment, prendre position à Bourbon-Vendée, puis successivement à Ancenis, à Savenay, et enfin à Machecoul, dans le marais de la Vendée, l'endroit le plus favorable peut-être pour observer les fièvres intermittentes : j'y restai près d'un an, et puisai là les principales observations qui servent de base à ce mémoire.

J'exposerai le tableau de ces fièvres intermittentes, telles qu'elles se sont présentées à mon examen, pendant un séjour de trois ans dans les localités de la Vendée que nous avons successi-

vement habitées. Les sujets de ces observations seront généralement pris parmi les individus dont la santé m'était confiée, et ce sera aussi d'après les symptômes observés sur eux que je décrirai les fièvres intermittentes, sans négliger, toutefois, de tracer les caractères généraux qu'elles présentent chez les habitans, et les phénomènes consécutifs qu'elles déterminent.

Je ne me dissimule point les difficultés qui entourent un pareil sujet; tant et de savans auteurs ont déjà écrit sur ces affections, sans en dévoiler la nature, que mon faible talent serait bien effrayé d'avance si je me proposais autre chose que de décrire les effets morbides qu'il m'a été permis de saisir. A défaut d'autre mérite, mon travail aura au moins celui de la fidélité; car je n'aurai rien avancé dans mes descriptions qui ne soit fondé sur l'observation la plus exacte.

Enfin, la raison principale qui me fait entreprendre cet essai est la persuasion où je suis qu'il serait d'une grande utilité que chacun de nous s'attachât à décrire les lieux et les maladies des contrées qu'il habite; car, peut-être alors, en comparant les rapports qu'ont entre elles ces maladies et leurs localités, parviendrait-on à les détruire, ou au moins à affaiblir considérablement les causes qui les déterminent.

APERÇU TOPOGRAPHIQUE SUR MACHECOUL.

Machecoul, à huit lieues de Nantes, était anciennement le chef-lieu du duché de Retz; il se trouve au quarante-sixième degré cinquante-six minutes de latitude septentrionale, et au quatrième degré quinze minutes de longitude occidentale, méridien de Paris. Cette ville est établie sur un sol calcaire, qui paraît avoir été pendant long-temps occupé ou du moins passagèrement inondé par la mer; car il contient une grande quantité de coquillages, recouverts seulement par une faible couche végétale. La plaine qui l'environne est entièrement découverte; son étendue est d'environ une lieue du nord au sud, et de deux de l'est à l'ouest : la mer est à deux lieues de là, dans cette dernière direction.

Machecoul est abrité au nord par des collines schisteuses peu élevées, dont la direction est de l'ouest à l'est, et qui sont remarquables à cause des différences morbides qu'elles établissent entre les localités, comme je le dirai par la suite. Les schistes de ces collines se prolongent vers la mer; mais ils disparaissent presqu'en totalité à l'entrée des marais, où l'on ne rencontre plus qu'un terrain vaseux, rempli d'herbes marines.

Au sud et à l'ouest, la plaine n'offre qu'un terrain marécageux, couvert d'eau la moitié de

l'année, et conservant, dans toutes les saisons, une grande humidité : c'est là qu'existent les marais, à un quart de lieue de la ville environ ; leur étendue est de deux lieues de l'est à l'ouest, et de six du sud au nord. Ces larges plaines d'eau glacée, qui venaient récréer l'œil pendant l'hiver, disparaissent bientôt au printemps lorsque la nature devient belle, riante, et qu'une végétation active se développe de toute part; mais à cet instant aussi commence une évaporation lente et meurtrière qui, chaque année, décime tant d'habitans. Ces flaques d'eau, échauffées par les rayons solaires, ne laissent plus à leur place qu'un terrain humide, noir, vaseux, à la surface duquel végètent des plantes et se développent des insectes qui, en mourant, entrent successivement en putréfaction et répandent au loin une odeur très désagréable, surtout sensible avant et après le coucher du soleil.

Les variations atmosphériques sont très fréquentes à Machecoul, et souvent s'opèrent d'une manière très brusque ; aussi sont-elles la cause d'un grand nombre d'affections diverses : du reste, la température y est généralement douce, mais humide; les vents qui y soufflent le plus fréquemment sont ceux du sud-ouest et du nord-ouest.

Les habitans de ce pays présentent des caractères physiques tout particuliers, résultant des

maladies dont ils sont le plus souvent atteints : chez les uns ce sont des rougeurs oculaires, ou plutôt des ophthalmies chroniques, déterminées par les émanations des marais ; chez d'autres on remarque un teint pâle, jaunâtre, un épuisement général de toute l'économie, une grande disposition aux affections scorbutiques ; chez un grand nombre, enfin, il est facile de reconnaître ces engorgemens des viscères abdominaux, que laissent ordinairement à leur suite les fièvres intermittentes, qui se sont souvent développées chez les mêmes individus. Ce dernier caractère est tellement prononcé, qu'en arrivant dans ce pays, j'étais tenté de prendre beaucoup de ses habitans pour des hydropiques.

Les environs de Machecoul sont généralement fertiles et produisent non seulement une grande quantité de plantes médicinales, mais encore des légumineuses d'une qualité supérieure et fort estimées aux environs. Les fruits y sont aussi très abondans et se vendent à un prix fort modéré : les vins blancs qu'on y récolte sont faibles, mais bons.

Les nombreux engrais qui se font dans le pays mettent les habitans à même de manger de bonne viande, et parmi les animaux qui la fournissent le bœuf est le plus généralement usité. Les volailles, le gibier, le poisson de toute espèce abondent et sont à assez bas prix : en un mot,

sous le rapport de la vie animale, c'est une contrée favorisée ; et nul doute que toutes les causes de maladie qu'on y observe seraient atténuées de beaucoup, si plus d'aisance permettait à la plupart des habitans d'user moins modérément de ses produits.

Il serait surtout avantageux qu'ils pussent boire du vin plus souvent ; car l'eau dont ils font usage est de mauvaise qualité, et, quoique très transparente, est fort désagréable au goût. D'après quelques analyses qui en ont été faites, on en a extrait de la chaux, du carbonate de potasse, de l'acide muriatique, etc.

Depuis long-temps les médecins qui habitent Machecoul ont remarqué que c'est surtout parmi les étrangers que sévissent les fièvres intermittentes, et que bien peu viennent habiter ce pays sans lui payer un tribut de maladie, qui les oblige de s'éloigner, s'ils veulent trouver une fin à leur affection. Quant aux habitans des marais, dont la constitution est naturellement lymphatique, ces fièvres détériorent considérablement leur tempérament, et établissent un caractère bien tranché entre eux et les hommes qui habitent les coteaux ou les plaines environnantes, dont la santé est forte et rarement altérée.

Les maladies qu'on observe le plus ordinairement à Machecoul sont des fièvres intermitten-

tes tierces et quartes, qui se compliquent souvent de symptômes adynamiques, surtout pendant les fortes chaleurs de l'été; l'automne et l'hiver fournissent encore une grande quantité de ces fièvres, auxquelles s'ajoutent des catarrhes pulmonaires et des douleurs rhumatismales; enfin, le printemps amène quelques affections inflammatoires à la gorge ou d'autres irritations locales, toujours accompagnées des mêmes affections périodiques.

Des fièvres intermittentes.

Beaucoup de malades, parmi nos soldats, jouissaient, pendant les intermittences, d'une santé assez parfaite pour continuer leur service, longtemps avant de se décider à entrer dans les hôpitaux. L'insouciance des habitans est bien plus grande encore. Familiarisés en quelque sorte avec ces affections endémiques, il est rare, quand ils n'ont point recours à quelques méthodes empiriques, qu'ils appellent le médecin pour mettre un terme à leurs fièvres; ils les conservent souvent des années entières, et ne cherchent à s'en débarrasser que lorsqu'elles ont laissé à leur suite des traces tellement incommodes, qu'ils sont obligés de suspendre leurs travaux habituels.

Sous le rapport de la fréquence, les fièvres de la Vendée peuvent être classées dans l'ordre suivant : tierces, quotidiennes et enfin quartes. Leur

durée est généralement courte, mais les rechutes sont faciles. L'observation ici n'est point d'accord avec M. Monfalcon, qui a écrit que les fièvres des marais sont rarement quotidiennes et toujours de longue durée.

Dans leur plus grand état de simplicité, c'est à dire quand elles ne s'étaient pas développées sous l'influence d'un organe irrité, elles débutaient par des frissons d'une heure environ, dont la force n'était jamais très intense; il n'y avait point de ces grands refroidissemens, portés jusqu'au point de faire claquer les dents; mais il y avait décoloration de la face, sécheresse de la bouche, soif, bâillemens, céphalalgie, douleurs contusives dans les extrémités.

Bientôt ces frissons se dissipaient pour être remplacés par quelques bouffées de chaleur, qui, d'abord, avaient principalement lieu à la tête, puis se répandaient sur tout le corps; la décoloration de la peau était alors remplacée par une teinte rosée très forte; les douleurs de tête étaient exaspérées, la langue rouge, la soif très prononcée, le pouls fréquent et tendu; en un mot, dans ce second stade de l'accès, les malades offraient tous les symptômes d'une fièvre inflammatoire. Chez quelques uns, cette période était encore marquée par des vomissemens de matières bilieuses: sa durée était de deux heures environ.

Enfin, lorsque cette chaleur de la peau était portée à son plus haut degré, le paroxysme se terminait par une sueur ordinairement très abondante, et très incommode, malgré le mieux bien prononcé qu'éprouvaient les malades dans ce moment, puisqu'alors le pouls s'était régularisé et que l'apyrexie allait commencer.

Quelquefois, mais bien rarement, et seulement chez les sujets vigoureux, on voyait ces fièvres disparaître d'elles-mêmes après cinq ou dix accès : cela tenait sans doute à ce qu'elles n'étaient accompagnées d'aucune irritation organique, et qu'une réaction assez forte existait chez ces individus pour se débarrasser de la cause qui les déterminait. La convalescence était alors rapide, et presque toujours précédée par une éruption de petits boutons autour des lèvres.

J'ai vu, dans nos ambulances et dans les hôpitaux, une grande quantité de ces fièvres, et presque toujours elles avaient un tel caractère de simplicité, que souvent leur cours, exempt de complications, se terminait spontanément, ou qu'elles guérissaient sans difficulté par l'usage du sulfate de quinine; mais les rechutes étaient fréquentes, aussitôt que les hommes se trouvaient exposés de nouveau dans les localités où ils en avaient puisé le germe. C'étaient presque toujours les mêmes sujets qui se présentaient à notre observation; avoir été atteint une fois d'une affection intermit-

tente était une condition pour l'être encore de préférence.

Elles ne passaient que bien rarement à l'état de fièvres pernicieuses; cependant j'en ai vu quelques exemples chez des individus qui avaient voulu s'en débarrasser à l'aide de remèdes empiriques trop excitans, ou bien chez d'autres malades dont les fièvres intermittentes étaient accompagnées, au début, de symptômes cérébraux très intenses, ou de gastro-entérites qui se développaient tout à coup vers le cinquième accès; mais ces cas furent rares.

Il n'en a pas été de même des accidens secondaires qu'entraînaient à leur suite les fièvres intermittentes long-temps prolongées; ceux-ci ont été en grand nombre chez les militaires qui avaient déjà éprouvé beaucoup de rechutes; on observait alors chez ces malades un état de maigreur bien prononcé, une grande débilité, un teint pâle, le plus ordinairement jaunâtre, des gonflemens soit du foie, soit de la rate, et une disposition scorbutique, qui annonçait un relâchement général de toute l'économie. Chez d'autres, il se développait une inflammation chronique des intestins, qui se terminait quelquefois par une hydropisie funeste.

Mais, je le répète, tous ces accidens ont été rares, si on en excepte un petit nombre de malades d'un faible tempérament, et qui, sans

doute, portaient dans leur constitution le germe d'une affection chronique, sous l'influence de laquelle la fièvre était entretenue.

Les fièvres intermittentes simples n'étant point du nombre des affections qui peuvent entraîner la mort, l'ouverture des cadavres n'est jamais venue apporter de lumière sur la nature de ces maladies et des altérations qu'elles laissent à leur suite; car, comme l'a judicieusement fait observer M. Bouil-
« laud : Les lésions matérielles des parties où se
» passe la scène des phénomènes des fièvres inter-
» mittentes doivent être peu profondes et pour
» ainsi dire fugitives, puisqu'elles revêtent le
» type intermittent. Toute lésion grave, pro-
» fonde de la structure de nos organes ne saurait
» ainsi apparaître et disparaître, pour revenir
» encore dans un temps ordinairement peu con-
» sidérable. Une lésion de ce genre est nécessaire-
» ment continue, et partant sont également con-
» tinus les symptômes qui la révèlent à notre
» observation.» (Art. Fièvre du *Dict. de méd. et chir. prat.*, t. VIII, pag. 130.)

Mais, au contraire, chez les individus qui succombaient à la suite de nombreuses rechutes ou bien de complications encéphaliques ou gastro-intestinales, on rencontrait des congestions sanguines ou séreuses dans le crâne, des indurations inflammatoires du foie et de la rate; dans la plupart des cas, ces organes étaient consi-

dérablement augmentés de volume, friables et gorgés de sang; l'estomac et les intestins étaient souvent parsemés de taches rouges, noirâtres; la membrane muqueuse qui les tapissait offrait aussi des traces évidentes d'inflammation.

Parmi les causes qui peuvent déterminer les fièvres intermittentes, l'infection de l'atmosphère par les matières végétales en putréfaction qui se dégagent de la vase des marais est une des principales. Les expériences de MM. Brachet et Audouard ne laissent aucun doute à cet égard; tandis, au contraire, que les émanations animales développent les fièvres continues, décrites sous le nom de typhus. Effectivement, les localités où les fièvres intermittentes existent de préférence offrent dans leurs environs des lacs, des marais, des étangs, dont les eaux sont stagnantes et vaseuses.

Cependant, il ne faut pas croire qu'elles dépendent uniquement de cette cause; car l'humidité constante de l'atmosphère, l'influence des vents et des saisons, telles que le printemps et l'automne, une mauvaise alimentation, une constitution déjà détériorée, ou des fièvres antérieures, sont autant de circonstances qui souvent les préparent ou peuvent les faire naître.

On trouve dans les auteurs des hypothèses fort ingénieuses sur le fait de l'intermittence de ces maladies, la plus séduisante est celle de M. Ro-

che, qui, cependant, après avoir reconnu qu'il était difficile d'en donner une explication satisfaisante, attribue l'intermittence de la fièvre à l'intermittence même des causes qui la produisent (1).

L'habitude des accès peut devenir aussi une cause pour qu'ils se renouvellent encore. Le fait est qu'ils disparaissent souvent d'eux-mêmes, par cela seul qu'on éloigne les individus malades des marais où ils avaient été affectés.

Sans doute on aurait pu prévenir le développement de ces fièvres chez beaucoup de soldats, si la nature de leur service eût permis d'éviter les courses de nuit ; mais, au contraire, c'était presque toujours pendant ces dernières, ou de très grand matin, qu'ils étaient employés à courir après les chouans, ou bien à cerner, tantôt des habitations éparses, tantôt des villages entiers pour en faire une fouille exacte au point du jour. Stationnant ainsi pendant fort long-temps sur un terrain humide, vaseux et environné de toutes parts par un brouillard de marécage, ils absorbaient ces

---

(1) M. Roche a récemment modifié cette opinion, en attribuant l'intermittence à l'effort que fait l'organisme pour élaborer et rejeter les miasmes marécageux, qui, suivant ui, empoisonnent l'économie, circulent avec le sang, et vont porter leur influence sur le système nerveux. Il est douteux que cette nouvelle théorie l'emporte sur l'autre.

(*N. D. R.*)

émanations délétères, à cette époque du jour où, condensées par le froid, elles redescendent sur la terre pour être encore vaporisées au lever du soleil suivant. L'absorption des miasmes était d'autant plus dangereuse alors que, durant ces factions, les hommes ne prenaient aucune espèce d'exercice, et que, malgré nos recommandations, ils s'y exposaient presque toujours à jeun.

Dans des rapports particuliers aux chefs de corps, j'ai souvent fait sentir l'avantage qu'il y aurait eu à délivrer à nos militaires, à raison de leur service extraordinaire, et aussi de la nature du pays que nous habitions, de l'eau de vie en quantité modérée; mais il est assez difficile d'obtenir ces supplémens, qui sont peu de chose, en comparaison des journées d'hôpital que leur refus peut occasioner. Malheureusement, on ne saurait trop le répéter, la voix des chirurgiens employés dans les corps est souvent trop faible pour faire le bien; et leurs réclamations expirent trop facilement dans les lieux qui les ont vues naître.

On ne saurait trop applaudir toutefois à la substitution généralement adoptée de l'eau de vie au vinaigre, dans les distributions que l'on fait à la troupe, durant les chaleurs de l'été. La raison et l'expérience ont fait justice de cette dernière boisson, dont l'usage a été reconnu nuisible depuis long-temps. Effectivement, l'eau vinai-

grée, donnée comme rafraîchissement habituel, a pour effet de débiliter l'économie, d'exposer ceux qui en font usage à d'abondantes transpirations pour les moindres exercices, et finit par déterminer la diarrhée.

Sur trois cents cas de fièvres intermittentes que j'ai observés en Vendée, mon intention est de ne rapporter que le petit nombre de faits où ces maladies se sont trouvées compliquées d'affections étrangères, et ont mérité un traitement particulier. Il me semble inutile de faire mention de cette quantité immense d'observations où la maladie, aussi simple que possible, guérissait à l'aide des seuls moyens hygiéniques, ou bien après trois ou quatre accès, par suite de l'administration méthodique du sulfate de quinine, à la dose de huit ou dix grains chaque fois.

Il est nécessaire cependant d'exposer, si simple qu'il soit, le traitement ou les différens modes de traitement employés pour faire disparaître ces affections, toutes les fois qu'elles se présentaient aussi peu compliquées que possible.

Souvent, j'ai été consulté par des soldats qui, sans pouvoir accuser d'autres causes que l'influence des localités dans lesquelles ils vivaient, avaient déja été atteints de trois ou quatre accès de fièvres intermittentes, sous le type quotidien ou tierce, et chez lesquels, du reste, la santé générale n'était altérée en rien autre chose. Je

prescrivais une décoction amère, laquelle, continuée pendant quelques jours, suffisait ordinairement pour arrêter le cours de la maladie. Chez d'autres, au contraire, quelques pilules de sulfate de quinine uni à l'opium, administrées à la dose de six ou huit grains en deux fois, une heure avant la fièvre, suffisaient pour la faire disparaître. Une grande quantité de ces fièvres ont été guéries à l'aide de ces simples moyens et du repos.

D'autres militaires, que les circonstances de la guerre, ou des affections plus graves ne permettaient pas de traiter à la chambre, entraient à l'hôpital. Là, après avoir prescrit pour tout aliment une soupe matin et soir, et une décoction de petite centaurée ou de chicorée sauvage, si la fièvre était bien réglée et qu'il n'y eût aucune complication gastrique ou intestinale, on avait recours de suite à la potion suivante : sulfate de quinine, huit grains; sirop de gomme, une once; eau distillée, trois onces, à prendre en deux fois, une heure avant l'accès.

Chez quelques militaires d'une constitution athlétique, d'un tempérament sanguin, on commençait, dès leur arrivée, par les soumettre à la diète et à une tisane d'orge miellée; puis, une saignée ou deux, de douze à seize onces, faites lorsque les premiers frissons de la fièvre se manifestaient, ont suffi, dans la plupart des cas, pour

faire disparaître entièrement une maladie qui s'était déjà caractérisée par plusieurs accès.

Enfin, un grand nombre de ces militaires offraient, à leur entrée à l'hôpital, outre leur fièvre intermittente, tous les signes d'un embarras gastrique bien prononcé : on prescrivait alors le tartrate antimonié de potasse à la dose de deux ou trois grains ; plusieurs vomissemens avaient lieu, et il arrivait parfois encore que la fièvre ne reparaissait pas ; dans le cas contraire, quelques doses de sulfate de quinine la faisaient cesser bientôt.

Les observations suivantes montreront que ces fièvres n'ont pas toujours été parfaitement simples, et que de graves complications sont quelquefois venues, au contraire, les rendre très sérieuses. Dans ces cas aussi, le traitement a dû être plus compliqué, pour parer aux différens accidens qu'elles développaient dans leur cours. Heureusement ces cas ont été fort rares, et ce n'a été qu'à une époque plus éloignée que nous avons eu à regretter la mort de plusieurs militaires, dont la constitution avait été épuisée par ces affections.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Fièvre intermittente quotidienne, exaspérée par le sulfate de quinine.

D***, soldat à la 5e compagnie du 1er bataillon, est entré à l'hôpital de Machecoul, le 1er mars 1832,

pour une gastro-duodénite assez intense. Combattus par les antiphlogistiques, les symptômes de cette affection disparurent bientôt. Déjà ce malade touchait à une convalescence complète, lorsque le 17, au soir, il fut atteint de frissons, puis de chaleur, et enfin d'une sueur abondante, qui mit fin à un accès de fièvre dont la durée avait été de cinq heures. Pendant trois jours cette fièvre revint régulièrement chaque soir.

Comme on ne remarquait pas d'irritation vers l'estomac, et que les fièvres intermittentes commençaient à régner épidémiquement, on prescrivit, le 20 au soir, six grains de sulfate de quinine en deux doses, une heure avant l'accès. Ce médicament fut continué pendant quelques jours, mais la fièvre augmenta à mesure qu'on augmentait les doses du sulfate de quinine.

Le 26, la langue était couverte d'un enduit jaunâtre; la face était décolorée et avait pris la teinte paille; mais le ventre n'était point douloureux, les selles étaient régulières : on prescrivit deux grains de tartre émétique; le malade rendit plusieurs fois par haut et par bas une grande quantité de bile et de mucosités. Depuis, la fièvre n'a point reparu, l'appétit s'est développé, les forces sont revenues, et ce malade est sorti guéri le 8 avril.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Fièvre intermittente, compliquée de gastro-entéro-pneumonie.

H***, soldat à la 1re compagnie du 1er bataillon, est entré à l'hôpital le 10 mars. Ce militaire, d'un tempérament nerveux, éprouvait depuis quelque temps une gêne dans la respiration, qui augmentait toutes les fois qu'il faisait un exercice forcé. Il paraîtrait qu'il se joignait à cela une irritation des voies urinaires ; car l'appétit était irrégulier, les digestions se faisaient mal, la région épigastrique était douloureuse, et ce malade avait de la diarrhée.

Ces derniers symptômes n'ayant pas été assez pris en considération, on administra le sulfate de quinine pour combattre une fièvre intermittente quotidienne qui durait depuis six semaines. Au bout de trois jours de l'emploi de ce médicament, la fièvre avait augmenté d'intensité, l'irritation gastro-intestinale s'était considérablement exaspérée ; la région épigastrique était sensible, la soif vive, la langue rouge. Toute la poitrine était redevenue douloureuse, une toux sèche et presque continuelle tourmentait ce malade ; l'insomnie se prolongeait durant toute la nuit. On prescrivit une saignée du bras de douze onces,

douze sangsues au dessous de chaque clavicule, une tisane pectorale et la diète absolue.

Ce régime, suivi pendant plusieurs jours, calma les symptômes d'irritation; mais, chose assez particulière, les accès de fièvre n'en paraissaient pas moins chaque soir avec une intensité qu'ils n'avaient pas au commencement. On persista dans le régime antiphlogistique, et aussitôt que la gastro-entérite parut dissipée, on eut recours au sulfate de quinine uni à l'opium; quatre pilules, de deux grains chaque, furent prescrites en deux fois, une heure avant la fièvre : le premier jour, l'accès fut diminué de beaucoup; le lendemain, la même quantité de sulfate fut encore prescrite, et la fièvre ne reparut point.

On continua ce médicament à moindre dose pendant deux jours; depuis, les accès n'ont point reparu, et bientôt ce malade est sorti de l'hôpital, n'éprouvant plus aucun des symptômes de pneumonie ou de gastro-entérite, qui avaient été si intenses.

TROISIÈME OBSERVATION.

Fièvre intermittente pernicieuse, traitée par la méthode endermique.

On me fit appeler à dix heures du soir, le 20 avril, pour le nommé B***, sergent à la 3e compagnie du 1er bataillon, qui venait d'être

atteint d'un accès de fièvre intense, qui avait débuté par un frisson de deux heures, auquel avaient succédé le stade de chaleur, puis enfin une sueur assez forte. Ce premier accès s'était terminé, le 21, vers les cinq heures du matin. La journée fut assez calme; mais le soir il reparut avec plus de force : le malade fut immédiatement conduit à l'hôpital.

Le 22, la face était très colorée, le pouls fort, tendu, les yeux jaunes, la langue sèche, rouge sur les bords, la soif vive, le ventre douloureux à la pression, surtout du côté droit. On prescrivit la diète, une décoction de tamarin, une saignée du bras et un large cataplasme sur tout l'abdomen.

Les symptômes d'irritation paraissaient encore fort développés le lendemain; on continua les mêmes prescriptions, la saignée fut renouvelée; mais, vers cinq heures du soir, la fièvre se manifesta avec une plus grande intensité et avec tous les signes d'une gastro-hépatite : on appliqua trente sangsues sur l'hypochondre droit.

Le 24, nouvel accès moins intense; le 25, région épigastrique douloureuse; on y applique vingt sangsues. L'accès reparaît le soir avec plus de violence que jamais; délire furieux au début, puis bientôt après état comateux, respiration laborieuse, prostration extrême, insensibilité gé-

nérale, déglutition difficile, teinte cadavérique de a face.

Jusque-là on n'avait osé administrer le sulfate de quinine, à raison des symptômes d'irritation qu'offrait ce malade ; mais les circonstances devenaient pressantes, et la gêne de la déglutition formant une autre contre-indication, on se décida à appliquer deux vésicatoires aux cuisses. Au bout de quelques heures, l'épiderme en fut enlevé, et l'on saupoudra chaque surface dénudée avec quatre grains de sulfate de quinine.

Le 26, ce malade paraissait beaucoup mieux ; tous les accidens de la veille s'étaient dissipés, il y eut quelques heures d'un sommeil tranquille pendant le jour. On appliqua, à trois heures de l'après-midi, trois grains de sulfate de quinine sur chaque vésicatoire, et l'accès, au lieu de revenir le soir à huit heures, comme il avait coutume, ne reparut qu'à dix heures, et fut bien moindre que le jour précédent.

Le 27, on recouvrit encore chaque vésicatoire de deux grains de sulfate de quinine, mais la fièvre ne reparut pas. On continua encore pendant quelques jours la diète, les applications émollientes, les tisanes adoucissantes, et bientôt ce malade fut entièrement rétabli : il est sorti de l'hôpital le 12 mai.

QUATRIÈME OBSERVATION.

Fièvre intermittente tierce, compliquée de gastro-entérite.

D***, voltigeur au 1er bataillon, d'une forte constitution, d'une santé qui jusque-là n'avait jamais été altérée, est entré à l'hôpital, le 22 mai, pour une fièvre intermittente tierce, qui durait depuis quelques jours. Ce malade avait déjà eu trois ou quatre accès; mais, à son entrée à l'hôpital, il éprouvait, pendant l'intervalle des accès, une chaleur continuelle dans tout le corps et un sentiment d'ardeur fort incommode; la langue était rouge, la soif très grande, le pouls tendu, l'épigastre et l'abdomen douloureux.

Le 24, on prescrivit une application de trente sangsues à l'épigastre, des fomentations émollientes, des lavemens de même nature, et une tisane d'orge miellée.

Le 25 et le 26, les symptômes d'irritation gastrique étaient bien moindres; mais les accès de fièvre continuaient, se rapprochaient davantage et devenaient plus intenses.

Le 29, à quatre heures de l'après-midi, au moment où le mal de tête et les frissons annonçaient l'accès qui allait arriver, on administra huit grains de sulfate de quinine en deux doses,

à une heure d'intervalle, et la fièvre eut lieu moins fort que les jours précédens.

Le 1er mai, huit autres grains furent donnés de la même manière, et le malade n'éprouva qu'un peu de céphalalgie et de chaleur.

Le 3 et le 5, le sulfate fut encore administré à plus petites doses, et la fièvre ne reparut point.

Si cette affection a persisté en partie chez ce malade, malgré l'emploi du sulfate de quinine, c'est sans doute à un reste d'irritation gastrique qu'il faut l'attribuer; car, lorsqu'on a commencé à faire usage de ce médicament, la langue était encore rouge; il y avait un peu de soif et de chaleur à la peau : néanmoins le malade est sorti de l'hôpital parfaitement guéri le 17 juin.

CINQUIÈME OBSERVATION.

Fièvre intermittente quotidienne, compliquée de pneumonie.

F***, grenadier au 1er bataillon, d'un tempérament bilioso-sanguin, faisant souvent des excès de boisson, fut pris de symptômes de pneumonie après une course fatigante dans le Marais, au mois de juin. Il se développa de la toux, de l'oppression, des crachats mêlés de sang; la poitrine, percutée, rendait un son mat dans presque toute son étendue. Le malade entra à l'hôpital le 10 juin.

On prescrivit la diète, une saignée du bras de douze onces et de la tisane de gomme.

Depuis plusieurs jours avant son arrivée à l'hôpital, ce militaire éprouvait quelques frissons chaque matin, vers dix heures; mais sous l'influence du traitement qu'il venait de subir, ces préludes de fièvre avaient disparu, le mieux était bien prononcé, et le malade manifestait déjà son désir pour avoir des alimens. On différa encore d'en accorder; mais soit qu'il s'en fût procuré ailleurs, soit toute autre cause, le 18, à onze heures du matin, un accès de fièvre très fort eut lieu, accompagné de tous les symptômes de pneumonie qu'offrait le sujet lors de son arrivée à l'hôpital. On appliqua dix sangsues au dessous de chaque mamelle et on prescrivit la potion suivante : tartre stibié, huit grains; eau, huit onces; sirop simple, une once; laudanum de Sydenham, demi-gros : point d'amélioration.

Le 19, à midi, frissons, puis chaleur forte de la peau, langue rouge, pouls tendu, délire et exaspération des symptômes pneumoniques. Comme, malgré l'état de la langue, les fonctions de l'estomac et des intestins n'étaient point altérées, on prescrivit de nouveau la potion avec douze grains d'émétique, à prendre par cuillerées : à la quatrième, le mieux était déjà prononcé, la toux et le délire étaient bien moindres,

et vers les dix heures du soir, ce malade se trouvait assez bien : il reposa quelques heures pendant la nuit.

Le 20, à onze heures du matin, nouvel accès de fièvre, mais moins fort que les jours précédens. Le 21, elle revient encore, et l'on se décide à employer le sulfate de quinine, l'état des voies digestives ne s'y opposant pas.

Le 22, une heure avant la fièvre, on prescrivit huit grains de sulfate, en deux doses, dans quatre onces d'eau sucrée, et le malade, cette fois, n'éprouva qu'un peu de chaleur et de malaise.

Le 23 et le 24, nouvelles prescriptions du médicament à doses moins fortes, et absence totale de la fièvre. Ce militaire, parfaitement guéri, est sorti de l'hôpital le 5 juillet.

SIXIÈME OBSERVATION.

Fièvre intermittente pernicieuse, apoplectique.

Je fus appelé, le 7 juillet, auprès du nommé S***, caporal à la 2e compagnie du 1er bataillon, et je trouvai ce militaire dans l'état suivant : perte totale de connaissance, respiration stertoreuse, chaleur de la peau très développée, pouls fort et fréquent, déviation de la bouche tirée du côté droit, hémiplégie de ce même côté du corps.

Je n'ai pu obtenir d'autres renseignemens sur

ce malade, sinon que sa santé paraissait altérée depuis quelques jours; mais comme il était d'une forte constitution, il n'avait point cru devoir demander de conseils. Je le fis porter de suite à l'hôpital, et je lui pratiquai une saignée de seize onces; immédiatement après, il reprit connaissance.

Le 8, à une heure après midi, tous les accidens de la veille reparurent et ne cessèrent qu'assez tard dans la nuit : des vésicatoires furent appliqués aux mollets. Le lendemain, on prescrivit dix grains de sulfate de quinine en trois doses, une heure et demie avant la fièvre, et le malade n'éprouva qu'un peu de chaleur et de l'assoupissement.

On continua encore le sulfate pendant quelques jours, mais la fièvre ne reparut pas, et ce militaire, parfaitement guéri, est sorti de l'hôpital le 20.

SEPTIÈME OBSERVATION.

Gastro-entérite et fièvre intermittente.

Z***, soldat à la 1re compagnie du 1er bataillon, est entré à l'hôpital le 27 juillet, atteint d'une gastro-entérite intense, pour laquelle on employa des sangsues et un régime antiphlogistique très actif. Ce malade était beaucoup mieux et presque convalescent, lorsque, le 10 août, sans cause

connue, il fut atteint, vers trois heures du soir, de frissons, puis enfin d'un accès de fièvre, qui dura jusqu'à neuf heures.

Le 11, même accès; la langue est rouge, il y a de la soif; le pouls est tendu, le ventre douloureux : il y a de la diarrhée.

Comme l'état des voies digestives contre-indiquait l'emploi du sulfate de quinine, soit par la bouche, soit en lavement, on se décida encore à employer ce médicament par la méthode endermique : un vésicatoire fut appliqué à la partie interne de la cuisse droite, le 12 au matin; à deux heures de l'après-midi, on enleva l'épiderme et on saupoudra la surface de cet exutoire avec six grains de sulfate de quinine. L'accès ne reparut point. On continua encore le médicament pendant deux jours; mais il n'y eut plus de fièvre, le ventre devint moins douloureux, la diarrhée cessa, et bientôt l'état du malade permit d'avoir recours aux alimens : alors une convalescence franche s'établit, et ce militaire est sorti de l'hôpital le 2 septembre.

HUITIÈME OBSERVATION.

Fièvre rémittente.

P***, voltigeur au 1er bataillon, d'un tempérament sanguin, d'une forte constitution, atteint

depuis plusieurs jours d'une fièvre rémittente, est entré à l'hôpital le 3 août. Les exacerbations étaient irrégulières et s'annonçaient par de vives lassitudes dans les membres, de la chaleur à la peau, un pouls fréquent, de la céphalalgie, de la soif et une langue rouge vers les bords.

Le 4, à la visite du matin, on prescrivit vingt sangsues aux jugulaires et trente à l'épigastre, une tisane d'orge, et la diète. La fièvre ne reparut point dans la journée; mais le 5, à une heure de l'après-midi, il se développa des frissons, puis de la chaleur et de la sueur. Dès ce moment, cette fièvre marcha sous le type quotidien, et revint régulièrement le 6 et le 7, à la même heure.

Comme on avait continué pendant tout ce temps le régime antiphlogistique, et qu'il ne paraissait plus exister d'irritation gastrique, on donna, le 8, huit grains de sulfate de quinine, et l'accès ne se manifesta que par un peu de chaleur. On continua le sulfate le 9 et le 10, et la fièvre ne reparut point. Ce militaire, parfaitement guéri, est sorti de l'hôpital le 17 août.

NEUVIÈME OBSERVATION.

Fièvre intermittente pernicieuse.

Le nommé P***, propriétaire dans le Marais, âgé de trente-six ans, d'un tempérament bilioso-

nerveux, fut atteint, le 15 mai, d'une fièvre intermittente quotidienne qui dura un mois. Les époques de retour ne se correspondaient pas ; les frissons se manifestaient tantôt dans une partie du corps, tantôt dans une autre ; mais ce malade, partageant l'incurie de la plupart des habitans, vécut ainsi sans appeler de médecin. Il s'administra lui-même un purgatif et se mit à la tisane de chicorée sauvage.

Ce régime n'apporta point d'amélioration dans la fièvre ; bientôt, au contraire, de quotidienne irrégulière, elle devint quarte réglée, et, sous ce type, les accès se manifestaient avec une grande intensité. A cette époque seulement, six semaines après l'invasion de la maladie, il se décida à demander des secours.

Le 30 juin, j'observai ce malade pendant un accès ; les traits étaient altérés, le pouls était fort, la langue rouge et sèche, la sueur peu abondante. Pendant les deux jours d'intervalle que laissait la fièvre, la santé fut assez bonne, la langue était humide, le pouls naturel ; il n'y avait point de chaleur à la peau, le ventre était souple, non douloureux, les évacuations avaient lieu naturellement.

Mais le quatrième jour étant arrivé, on prescrivit de bonne heure douze grains de sulfate de quinine en trois fois, à une demi-heure de dis-

tance; il ne produisit aucun effet, l'accès n'en eut pas moins lieu avec une intensité plus forte encore que les jours précédens.

Dix-huit grains du même médicament furent prescrits le 7 juillet sans qu'on pût obtenir de résultat plus avantageux. A partir de ce moment, le malade fut dans un état fâcheux : la face était entièrement décomposée, la prostration extrême, le pouls fort et irrégulier; les fonctions intellectuelles semblaient abolies; la respiration était fort difficile, et le ventre tendu et douloureux : on prescrivit une potion antispasmodique, et des cataplasmes sinapisés à la plante des pieds.

Le 8, coucher en supination, coma continuel, soubresauts des tendons, pouls insensible, froid des extrémités, mort à trois heures du soir.

Cet individu, comme la plupart des habitans du Marais, avait souvent été atteint de fièvre intermittente; cependant sa constitution n'annonçait pas qu'il eût encore beaucoup souffert par la continuité de ces affections. Les préjugés et les idées religieuses du pays n'ont point permis de procéder à l'ouverture du corps.

DIXIÈME OBSERVATION.

Fièvre intermittente pernicieuse, apoplectique.

Le nommé L***, boucher à Machecoul, âgé de vingt-trois ans, petit de stature, d'une forte

constitution, d'un tempérament sanguin, faisant souvent des excès de boisson, fut atteint de fièvre intermittente quotidienne dans les derniers jours d'avril; les accès débutaient le matin par des frissons, des lassitudes dans les membres, et quelques vomissemens se manifestaient pendant la période de chaleur.

Cet état durait depuis huit jours, et ce malade, confiant dans les forces de la nature, n'avait pas encore pensé à faire appeler un médecin; mais, le 8 mai, au matin, il éprouva quelques vertiges, des pertes passagères de la parole, une contorsion de la bouche du côté droit, et une hémiplégie du corps du même côté.

On me fit appeler alors; mais je ne pus me rendre auprès du malade qu'à quatre heures du soir, et les symptômes précédens avaient tellement augmenté, que je n'arrivai qu'assez à temps pour être spectateur de la mort de cet individu.

Par les raisons indiquées dans l'observation précédente, l'autopsie n'a point été faite.

DE L'EMPLOI DES FEUILLES DE HOUX (*ilex aquifolium*) DANS LES FIÈVRES INTERMITTENTES.

Vers la fin de 1832 et une partie de 1833, je me trouvai détaché avec un bataillon du 32e à Savenay (Loire-Inférieure). Cette ville ne possédait qu'un très petit hôpital, fort mal pourvu des

objets indispensables, où le peu de militaires qu'on pouvait y faire entrer étaient assez mal; de sorte qu'il m'arrivait souvent, lorsque des affections légères se développaient parmi nos hommes de les garder dans leurs logemens. Au nombre de ces affections étaient une grande quantité de fièvres intermittentes de différens types.

Mais la faible rétribution accordée dans les régimens limitait mes dépenses, de manière qu'il m'eût été impossible de faire usage du sulfate de quinine pour la plupart de ces militaires. J'avais bien lu dans les journaux les observations de succès que M. le docteur Rousseau attribuait à l'emploi des feuilles de houx dans le cas de fièvres intermittentes; mais je connaissais aussi les faibles résultats que M. Chomel avait obtenus de ce médicament, dans des expériences destinées à constater son efficacité. Aussi, depuis long-temps, je vivais, si je puis m'exprimer ainsi, dans la patrie du houx, sans avoir pensé encore à en faire usage. Effectivement, on ne peut faire un pas dans la Vendée sans rencontrer cet arbrisseau en grande quantité, soit sur le bord des routes, soit au milieu des bruyères, dans l'intérieur des terres; et son aspect toujours vert n'est pas un des moindres agrémens de ces contrées.

Ce fut donc dans un but d'économie, et aussi pour savoir à quoi m'en tenir sur l'usage du

houx, que je me proposai de l'employer dorénavant dans quelques fièvres intermittentes. L'occasion se présenta bientôt, et j'eus soin de choisir parmi nos hommes ceux dont la constitution n'était point détériorée par des maladies antérieures, et dont les affections intermittentes étaient aussi simples que possible, et exemptes de ces complications qui ne permettent point de perdre du temps à essayer des méthodes de traitement douteuses.

Je prescrivis les feuilles de houx, tantôt en décoction, tantôt en substance. Dans le premier cas, on faisait bouillir ces feuilles fraîches, à la dose d'une demi-once dans six onces d'eau, on laissait réduire à moitié, on passait, et le malade prenait cette décoction en une seule fois, une heure avant l'accès.

Dans le second cas, c'est à dire en substance, j'employais les feuilles de houx séchées et réduites en poudre, passées ensuite au tamis; on les faisait macérer à froid, à la dose de deux gros, pendant douze heures au moins, dans un verre de vin blanc ordinaire, à prendre en une seule fois, aussi une heure avant la fièvre.

Tel fut le résultat de mes essais : sur vingt-huit fièvres intermittentes quotidiennes ou tierces, traitées par le houx en décoction, douze furent parfaitement guéries, les deux autres cédèrent à

l'emploi du sulfate de quinine, donné à la dose de six grains, à deux reprises.

Des quatorze autres malades, également atteints de fièvres intermittentes quotidiennes ou tierces, traitées par le houx en substance, dix furent parfaitement guéris, et je fus obligé d'employer aussi le sulfate de quinine chez les quatre autres, pour obtenir le même résultat.

Chez quelques uns de ces malades, il a suffi de répéter le houx seulement deux ou trois fois pour que la fièvre ne reparût point ; mais je ne l'ai jamais fait continuer pendant plus de huit jours : lorsque, au bout de ce temps, les accès se manifestaient encore, j'avais recours au sulfate de quinine.

On peut conclure, en définitive, de ce qui précède, que la plupart des fièvres intermittentes de la Vendée, qui se manifestèrent chez les soldats, n'étaient point graves, qu'elles cédaient facilement à l'administration du sulfate de quinine ; mais qu'une fois qu'on en avait été atteint, elles reparaissaient facilement aussi. J'ai connu plusieurs militaires qui, pendant près de trois ans que nous restâmes dans ce pays, ont eu jusqu'à dix rechutes. Alors leur constitution était fort appauvrie, et ils offraient, au physique, les caractères morbides propres aux habitans qui vivent au milieu des émanations marécageuses. Aussi, dans

chacune des inspections qui avaient lieu tous les trois mois pour la réforme, avons-nous présenté un grand nombre de ces militaires pour être renvoyés dans leurs foyers : là, sans doute, loin des causes qui les tenaient journellement malades, leur santé aura pu se rétablir.

Plus tard, pendant notre séjour à Paris, beaucoup de ces militaires, sortant encore des hôpitaux de la Vendée, revinrent nous rejoindre ; d'autres, quoique très faibles, nous suivirent au départ : eh bien ! presque tous ces hommes, sous l'influence du froid humide de cet hiver, furent encore malades, et beaucoup d'entre eux succombèrent dans les hôpitaux de la capitale.

OBSERVATION

D'une lésion traumatique de l'artère axillaire : épanchement sanguin dans l'aisselle; ligature de l'artère sous-clavière à son passage à travers les scalènes ; guérison du blessé.

Par M. MAJESTÉ, D.-M.-P.,

Chirurgien-aide-major au 3e régiment du Génie.

D***, artificier au 3e régiment du Génie, âgé de vingt-huit ans, d'une constitution athlétique et chargé d'embonpoint, reçut en duel, le 17 février 1833, à quatre heures du soir, au moment où il levait le bras pour frapper son adversaire, un coup de pointe de sabre, qui pénétra par l'angle antérieur de l'aisselle jusque vers la clavicule et la première côte. L'arme, poussée avec violence, fut arrêtée par l'un de ces deux os. D*** fut renversé, et en se relevant se trouva inondé d'un flot de sang vermeil qui jaillit de la plaie. Effrayé de cette hémorrhagie et poussé par l'instinct de sa conservation, il porta rapidement son bras droit sur l'épaule gauche et le pressa sur les côtés de la poitrine. La contraction musculaire détruisit le parallélisme des parties lésées, et le sang ne coula

plus au dehors. Revenu à la caserne, il reçut les premiers soins de M. Rochon, chirurgien-major du corps, et fut envoyé à l'hôpital Saint-Éloi, où l'on réunit la plaie au moyen de bandelettes agglutinatives.

Quatre heures après l'accident, on remarquait déjà de l'empâtement et du gonflement au dessus de la clavicule et sous l'aisselle. Les battemens de l'artère brachiale et de ses divisions ne se faisaient plus sentir le long du membre.

Le blessé, après une nuit assez agitée, présentait, à la visite du matin, le 18 février, les symptômes suivans : une tumeur volumineuse occupait l'aisselle, s'étendait jusqu'au bas de la poitrine et soulevait le grand pectoral, le bord antérieur du grand dorsal et la clavicule ; elle était molle, fluctuante : en la regardant de côté, on y remarquait des mouvemens d'ondulation. La peau des parois antérieure et latérale de la poitrine avait une teinte violacée, surtout à l'endroit correspondant à l'épanchement sanguin. Les pulsations n'avaient pas reparu dans les artères du bras, qui, du reste, conservait sa motilité et sa sensibilité. La nuit avait été sans sommeil ; le blessé accusait une douleur profonde dans la région axillaire, et de plus était très inquiété par une sensation pénible qu'il ressentait dans l'épaule, et qu'il exprimait par le mot *bouillonne-*

ment. Ce phénomène, que l'on attribua à l'épanchement du sang dans le tissu cellulaire, était toujours suivi d'un peu de défaillance.

Tous ces signes réunis firent penser à M. le professeur Lallemand que l'artère axillaire avait été lésée entre les branches nerveuses qui forment le plexus brachial. Il prévint les assistans de la difficulté que devait offrir la ligature de l'artère sous-clavière chez un sujet dont le système musculaire était aussi développé, et au milieu d'une infiltration sanguine étendue, qui avait fait disparaître les contours de la clavicule : néanmoins l'opération fut résolue, et fixée à une heure après midi.

A cette heure, l'épanchement était augmenté, il gênait la respiration, une sueur froide et visqueuse couvrait la face et la poitrine; le pouls, devenu filiforme, se sentait à peine. Les défaillances étaient plus rapprochées et poussées jusqu'à la syncope. On donna quelques cuillerées de vin au blessé, qui fut transporté dans l'amphithéâtre, où tout avait été préparé, et où M. Lallemand, en présence d'un grand nombre d'élèves et de quelques praticiens distingués, procéda à l'opération de la manière suivante :

D*** était assis sur une chaise solide, le bras pendant, la tête renversée et appuyée contre la poitrine d'un aide; l'opérateur se plaça au côté

droit et fit, de dehors en dedans et de haut en bas, avec un bistouri convexe, une incision de cinq pouces environ, qui tomba au dessous du bord inférieur de la clavicule, en croisant obliquement sa direction. Par cette incision, qui eut son point de départ à deux pouces au dessus de l'extrémité externe de la clavicule, il divisa d'un seul coup la peau, le muscle peaucier et une grande quantité de tissu cellulaire graisseux. Une première difficulté se présenta : le sang infiltré avait coloré également les parties soumises à l'instrument tranchant et leur donnait l'aspect des veines; on fut obligé de l'exprimer des aréoles du tissu cellulaire et de l'absorber avec une éponge. Deux crochets destinés à écarter les lèvres de la plaie furent confiés aux aides les plus voisins. M. Lallemand abandonna alors les instrumens tranchans : avec ses doigts, il disséqua, sépara les parties qui se trouvent dans l'espace triangulaire dont la clavicule forme la base; il refoula en dedans les veines jugulaire externe et interne, et enfin la veine sous-clavière, qui était deux fois plus distendue par le sang que dans l'état ordinaire; il déchira le feuillet profond de l'aponévrose cervicale, et en creusant ainsi une espèce de puits profond de trois pouces environ, au milieu des vaisseaux sanguins qu'il fallait respecter, et qui auraient beaucoup gêné l'opérateur s'ils avaient four-

ni du sang, il finit par tomber sur le bord antérieur du muscle scalène, qu'il reconnut à sa dureté. Il suivit la direction de ce bord en bas, et reconnut le tubercule de la première côte.

Ici l'opération fut retardée un moment : l'artère, que M. Lallemand cherchait au devant du plexus, ne battait plus. Pour faire cesser la défaillance, qui était la cause de cette absence du pouls, il renversa le malade sur le dos de la chaise, et le tint quelques instans dans cette position horizontale. Les pulsations étant perçues, l'opérateur dirigea sur l'ongle de l'indicateur gauche, dont la pulpe appuyait contre la première côte, une sonde cannelée ordinaire, recourbée à son extrémité, de manière à former un demi-cercle. Par un mouvement de bascule de dedans en dehors, il souleva l'artère et une portion du plexus brachial. A leur couleur blanchâtre et à leur forme arrondie, il reconnut que des nerfs étaient compris dans l'anse de la sonde; alors sans retirer celle-ci, seulement en la dégageant un peu, il les écarta de l'artère, en les faisant dépasser un à un l'extrémité de la sonde. En ce moment, l'opéré se réveilla tout à coup de l'état d'abattement dans lequel il était plongé, et accusa un sentiment de douleur à la paume de la main. La sonde, cependant, ne comprenant plus dans sa courbure que le vaisseau sanguin, qui s'aplatit, il devint facile, à la faveur

d'un stylet recourbé, conduit sur les côtés de la sonde, parce que son bouton était trop gros pour entrer dans la cannelure; il devint facile, dis-je, de passer un fil double et solide sous l'artère.

Afin de bien s'assurer qu'elle était seule comprise dans l'anse du fil, après avoir retiré la sonde cannelée et le stylet, il en éleva perpendiculairement les deux extrémités, et en portant le doigt indicateur entre elles jusqu'au fond de la plaie, il reconnut les pulsations. Il lia l'artère par un double nœud, de manière à couper ses deux membranes internes. A ce moment, le malade jeta un cri. Le pansement fut simple et consista dans la réunion à l'aide de bandelettes agglutinatives; les deux extrémités du fil furent fixées sur le cou, et l'on transporta aussitôt le malade dans son lit, où il fut placé, le bras reposant sur un coussin, sans être entouré de sachets chauds. Diète, infusion de fleurs de tilleul et d'oranger, un quart de grain d'acétate de morphine en huit pilules.

Deux heures après l'opération, l'abattement avait cessé; la parole était franche, le pouls relevé et la chaleur revenue dans le bras malade, dont le blessé fléchissait les doigts à volonté.

Le 19, au matin : le malade a reposé; il a pris quatre pilules, il souffre peu, le pouls est plus élevé que la veille, le gonflement a déjà diminué d'une manière très sensible. On fait une ponction

dans la tumeur, d'où il ne s'écoule que très peu de sang, l'épanchement n'étant pas encore réuni en foyer : même prescription.

Le 20 : pouls fréquent et un peu plein ; chaleur naturelle dans le bras ; résolution de la tumeur en haut ; sur les côtés de la poitrine elle est plus saillante, on voit que le sang a obéi à son propre poids. Les deux lèvres de la petite plaie résultant de la ponction sont écartées et enflammées ; une grande quantité de sérosité sanguinolente a imbibé les draps d'alèze : même prescription.

Les 21 et 22 : même état ; le bien se continue ; le malade sommeille ; on croit sentir un léger fourmillement dans l'artère radiale.

Le 23 : la plaie, qui est pansée, suppure un peu.

Le 25, l'épanchement a diminué, il est plus circonscrit ; on espère qu'il sera résorbé ; le malade se lève sur son lit pour être pansé ; l'avant-bras et les doigts sont fléchis par lui et portés à la face : quart, soupe, demi-grain d'acétate de morphine en quatre doses.

Les 26 et 27 : même état ; même prescription.

Le 28 : suppuration abondante, sanieuse, de mauvaise qualité ; teinte jaunâtre de la sclérotique et des ailes du nez ; frissons dans la journée ; mouvement fébrile pendant la nuit ; le malade a été six fois à la garde-robe. Prescription : diète, acétate de morphine, un demi-grain matin et

soir ; quatre gros de diascordium pendant la journée.

Il est à remarquer que, depuis trois semaines à peu près, les diarrhées étaient très fréquentes à Montpellier. A l'hôpital, plusieurs opérés en étaient atteints. M. Lallemand avait remarqué qu'elles étaient rebelles à l'emploi des antiphlogistiques et qu'elles cédaient, au contraire, facilement à l'usage des narcotiques et des toniques, combinés.

Le 1er mars : même état ; même prescription.

Le 2 : chute de la ligature ; un peu de fièvre le soir ; diarrhée ; la région de la poitrine où est située la tumeur est chaude et douloureuse : application de vingt sangsues.

Le 4 mars : on sent un peu de fluctuation dans la tumeur. Une ponction fournit un peu de pus ; continuation de la diarrhée : même prescription.

Le 7 : une fluctuation profonde se fait sentir à l'angle inférieur de l'omoplate ; on fait une ponction à travers le grand dorsal et le grand dentelé. Un litre de pus, mêlé de sang altéré, est évacué par la plaie. Le malade ressent à l'instant un grand soulagement et il respire mieux. La plaie principale ne suppure presque plus et marche vers la cicatrisation.

Le 9 : les deux plaies de l'aisselle ont été débridées ; trois litres de pus se sont écoulés, et

on en a extrait des caillots durs et fibrineux.

Le 11 : on fait encore une contre-ouverture, afin de donner un libre écoulement au pus. En établissant une compression légère et en pressant un peu le côté de la poitrine, à chaque pansement, on a fini par tarir la source des abcès qui s'étendaient dans l'aisselle et jusque sous le scapulum, le grand dorsal et le grand pectoral. Pendant quinze jours, la diarrhée a continué ; on est parvenu à l'arrêter. Toutes les plaies se sont cicatrisées, et on a pu nourrir le malade. Il est sorti vers les premiers jours de mai, en conservant le mouvement et le sentiment dans le bras. On ne sentait point de battemens dans les artères brachiale, radiale et cubitale.

Le succès obtenu par M. Lallemand, autrefois notre collègue dans la chirurgie militaire, est à la fois heureux, et propre à encourager les praticiens dans leurs tentatives pour lier les troncs artériels les plus volumineux, les plus rapprochés du tronc. Ces opérations, toutefois, ne réussissent pas constamment d'une manière aussi rapide, aussi complète que dans le cas dont on vient de lire l'histoire ; mais, alors même que le membre ne conserve pas assez de vaisseaux pour continuer à se nourrir, on peut encore, en pratiquant, en temps opportun, l'am-

putation sur le point le plus élevé, conserver la vie au sujet. La ligature, qui lui a fait courir la chance de guérir sans perdre le membre, n'a pas alors ajouté à la gravité de sa situation, et l'art, en secondant les efforts de la nature, ou en suppléant à leur insuffisance, a fait tout ce qu'il pouvait rationnellement tenter dans des circonstances aussi graves. Le fait suivant, analogue à celui que M. Majesté a puisé dans la clinique de Montpellier, et que j'emprunte à la clinique du Val-de-Grâce, vient à l'appui de cette proposition.

Observation *d'un coup de sabre dans l'aisselle, avec lésion de l'artère axillaire; ligature de ce vaisseau au dessous de la clavicule; sphacèle du membre; amputation à l'article; guérison du sujet.*

C***, homme robuste, sanguin, à développement musculaire considérable, soldat au 6e régiment de dragons, fut apporté, à la fin d'août 1833, à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, à la suite d'une blessure à l'aisselle droite. La plaie, longue d'un pouce environ, pénétrait en arrière et au dessous du tendon du muscle grand pectoral, dans la région axillaire, en remontant vers la clavicule. Elle avait été faite par la pointe d'un sabre de cavalerie, et pénétrait, au rapport des assistans et du blessé à deux pouces au moins de pro-

fondeur; elle avait été reçue à l'instant où l'homme, ayant le bras étendu, allait lui-même porter un coup à son adversaire. Un jet volumineux et rapide de sang artériel s'était aussitôt produit au dehors; C*** était tombé, et des mouchoirs, serrant l'aisselle, aidés du rapprochement du bras contre le corps, avaient suspendu momentanément l'hémorrhagie, qui reparut cependant, à diverses reprises, durant le trajet jusqu'à l'hôpital.

Arrivé au Val-de Grâce, le blessé était très affaibli; la région axillaire offrait, en bas, la plaie indiquée; sa partie antérieure, soulevée par une grande quantité de sang, formait une tumeur large, non fluctuante, étendue sous le grand pectoral, et qui semblait d'instant en instant acquérir de plus grandes dimensions. En bas, elle faisait saillir la peau du creux de l'aisselle, à laquelle le sang communiquait une teinte bleuâtre; en haut, elle dépassait le niveau du tendon du petit pectoral, en laissant cependant au dessous de la clavicule un espace qui parut libre encore de toute infiltration considérable. Il était manifeste que le sang ayant trouvé moins de résistance du côté du creux de l'aisselle s'était principalement dirigé dans ce sens. Un bruit obscur, analogue à celui du soufflet, et isochrone aux pulsations artérielles, annonçait que l'infiltration se continuait, et le défaut de parallélismes entre

la plaie de l'artère et le trajet extérieur de la blessure, ou l'obstruction de ce trajet par les caillots, empêchait seul l'hémorrhagie de se trahir au dehors; les pulsations ne se faisaient sentir ni au bras ni au poignet.

MM. Gama et Bégin, après avoir constaté ces circonstances et reconnu la gravité de la lésion, pensèrent qu'il fallait recourir à la ligature de l'artère axillaire, et qu'il convenait de ne pas la différer, craignant que, si l'on attendait au lendemain, les progrès de l'infiltration sanguine ne la rendissent impossible au dessous de la clavicule et ne déterminassent des désordres plus considérables dans les parties.

Tout ayant été préparé en conséquence, le blessé, couché sur le bord droit d'un lit, près d'une fenêtre convenablement éclairée, la tête et les épaules médiocrement soulevées, le chirurgien conduisit de la partie la plus saillante de la clavicule, en suivant la direction des fibres charnues du grand pectoral, une incision qui vint se terminer à deux pouces et demi plus bas. La peau et le tissu cellulaire ayant été divisés, les faisceaux musculaires furent séparés, et l'on arriva dans la profondeur de la région axillaire. Là, le tissu cellulaire se montra, en bas, infiltré de sang, qui remontait le long de la gaîne des vaisseaux. Le tendon du petit pectoral, soulevé par

l'infiltration, resserrait l'espace sous-claviculaire. Il fut coupé aux trois quarts sur le doigt indicateur gauche qui le souleva. La plaie ne permettant pas de manœuvrer assez facilement dans sa profondeur, elle fut agrandie en haut par une section d'un pouce et demi, dirigée parallèlement à la clavicule vers l'extrémité interne de cet os. Alors, le tissu cellulaire ayant été comprimé avec les doigts, pour le débarrasser du sang qu'il contenait, l'artère fut sentie en arrière et en dehors de la veine. Le doigt, porté successivement sur les deux côtés du vaisseau, l'isola dans une petite étendue, puis servit de guide à une sonde cannelée, longue et flexible, qui fut portée d'abord sur son côté externe, où elle demeura. Reporté sur le côté opposé de l'artère, écartant et protégeant la veine, le même doigt sentit derrière l'artère l'extrémité de sa sonde, la reçut sur sa pulpe, la recourba contre l'ongle et la conduisit au dehors. Examinée avec attention, l'artère formait au fond de l'anse métallique un cordon unique, aplati, dont la pression et la distension ne causaient aucune douleur. Un stylet aiguillée conduisit sous le vaisseau une forte ligature, dont les chefs réunis et soulevés permirent encore de s'assurer que l'artère était saisie et qu'elle l'était seule. Ces chefs furent noués enfin; toute sensation de bruissement cessa aussitôt dans les parties, et

le blessé n'éprouva ni douleur ni engourdissement lors de cette constriction.

La plaie fut réunie à l'aide de bandelettes agglutinatives, et recouverte ensuite d'un linge fenêtré enduit de cérat, de plumasseaux de charpie, de compresses et d'un bandage approprié. Le membre, abandonné à lui-même, sur un coussin, ne baissa ni n'augmenta de température; le malade y éprouvait seulement une sensation intérieure de froid que l'exploration ne justifiait pas. Aucun accident particulier n'existant, aucune prescription autre que celle de boissons délayantes, d'une potion gommeuse et de la diète ne fut faite.

Le lendemain matin, après une nuit calme, tout semblait promettre à la ligature un succès complet. La température du membre était au degré normal; le blessé pouvait remuer les doigts; aucune douleur n'existait ni à la plaie ni aux parties situées plus bas. Ces apparences d'une guérison complète et prompte se soutinrent vingt-quatre heures encore. Mais alors l'avant-bras parut tuméfié, tendu et d'une teinte violacée, sans augmentation de la chaleur ou de la sensibilité; le blessé disait, au contraire, ne plus le sentir; les veines de la main et du poignet se dessinaient en lignes bleuâtres. On déduisit de ces phénomènes un fâcheux pronostic, et pensant qu'il convenait d'essayer de dé-

gorger les parties, en même temps que d'y ranimer la circulation, quinze sangsues furent disséminées sur l'avant-bras. Elles se gorgèrent, mais leurs piqûres ne fournirent que peu de sang.

Vingt-quatre heures plus tard, c'est à dire le quatrième jour de la blessure et de l'opération, l'avant-bras et la main étaient froids, insensibles; leurs veines étaient livides ; la rougeur assez vive de la veille s'était convertie en une teinte terne, comme cadavéreuse. Le bras, à son tour, était, inférieurement, rouge, tuméfié, quoique peu chaud et non douloureux. Des sachets chauds, qui, dès la veille, avaient été placés autour du membre, furent continués ; la gangrène était manifeste : il ne s'agissait plus que d'attendre jusqu'à quelle profondeur pénétreraient les escarres, ou jusqu'à quelle hauteur se limiterait le sphacèle.

Le cinquième jour, la main et l'avant-bras étaient frappés de mort; et, autant qu'on en put juger par l'insensibilité absolue, par la complète immobilité des doigts, par la teinte cadavérique livide, par la résistance grasse et mate à la pression, par le commencement de séparation de l'épiderme sans exhalation de liquide au dessous de lui, ces parties l'étaient dans toute leur épaisseur. La partie inférieure du bras présentait le même aspect que l'avant-bras le jour précédent, et la tuméfaction rouge s'était étendue jusqu'à la hauteur du bord inférieur du tendon du grand

pectoral, un peu moins en dedans et en arrière qu'à la région externe et antérieure.

Le blessé, qui avait supporté les changemens précédens, comme s'ils eussent eu lieu sur une personne à lui étrangère, se plaignait d'une grande faiblesse, bien que des alimens légers lui eussent été accordés dès le second jour de l'opération; le pouls était fréquent, quoique sans plénitude et sans dureté; la langue n'indiquait aucune altération dans les viscères digestifs. L'odeur exhalée par le membre sphacélé commençait à devenir incommode.

L'amputation, dont la nécessité était manifeste pour quelques personnes, fut différée, parce que plusieurs autres conservèrent du doute et pensèrent que vingt-quatre heures plus tard on pourrait mieux déterminer s'il convenait de la pratiquer au bras ou à l'épaule. Durant ces vingt-quatre heures, la décomposition de l'avant-bras fit des progrès; le tiers inférieur du bras était envahi profondément; sa région moyenne était terne; le moignon de l'épaule seul conservait son aspect normal. Le blessé avait eu du délire pendant la nuit; la prostration des forces était de beaucoup augmentée; le pouls, toujours fréquent, était faible et mou; la constitution tout entière semblait être sous le poids d'une influence eptique et mortifère.

Il fut résolu que le bras droit serait retranché dans son articulation supérieure, et cette opération fut aussitôt pratiquée selon le procédé de M. le baron Larrey. La section des parties molles ne présenta rien de particulier ; mais, arrivé à celle des vaisseaux et des nerfs, on crut, l'artère ayant été liée quelques jours auparavant, et la gangrène s'étant emparée du membre, qu'il serait inutile de porter sur elle une ligature nouvelle. Le fait démentit cette précision : à peine la pression exercée sur elle par les doigts d'un aide fut-elle levée, que du sang artériel s'échappa de son extrémité, mais sans jet saccadé, sans impétuosité notable, à peu près comme s'écoule du sang veineux dans une saignée médiocrement active. Un fil ciré, jeté sur le vaisseau, arrêta immédiatement cette effusion.

Tout semblait terminé, et l'on allait procéder au pansement, lorsque, du tiers inférieur de la plaie, sous sa lèvre pectorale, parut un sillon de sang artériel, non moins volumineux que celui qu'avait fourni l'extrémité de l'artère. Il fallut porter le doigt indicateur gauche au fond de cette plaie ; puis de la main droite écarter le grand pectoral, le soulever, remonter le long du plexus, et là, à un pouce et demi environ au dessus de la section faite par l'amputation, saisir de nouveau l'artère, qui offrait, à sa paroi antérieure et in-

terne, une incision oblique, de cinq à six lignes de longueur, au dessus de laquelle une ligature fut jetée.

L'opéré était alors dans un état de faiblesse extrême : le pouls paraissait s'éteindre, une sueur visqueuse couvrait le corps. Le pansement fut promptement achevé; l'action des sens était suspendue; mais le blessé ayant été reporté dans son lit, et couché horizontalement, les fonctions se ranimèrent bientôt, et tout danger de mort immédiate se dissipa.

Il est remarquable que le sang, aussi abondamment ramené dans l'artère au dessous de la ligature, n'ait pas prévenu le sphacèle du membre; il est remarquable encore que le caillot formé sur la blessure artérielle se soit détaché si facilement après la ligature du bout des vaisseaux, et que l'hémorrhagie se soit ainsi reproduite, à l'instant où tout paraissait devoir la prévenir; enfin, il est digne d'observation que l'artère axillaire ait eu besoin de trois ligatures placées sur elle, dans l'espace de cinq pouces environ, pour y arrêter définitivement la circulation.

Le membre, examiné avec soin, était complétement sphacélé et réduit à l'état cadavérique, depuis les doigts jusqu'au dessous du coude. Plus haut, la vie se continuait encore dans les parties les plus profondes et dans le faisceau vasculaire et nerveux; l'ar-

tère oblitérée, jusqu'au pli du bras, était, à commencer de ce point, libre et contenait du sang rouge. A mesure qu'on remontait le membre, la masse des parties mortifiées devenait plus mince, plus superficielle, et le cercle de la vie augmentait, au contraire, d'épaisseur et d'étendue. Au niveau de l'insertion du deltoïde, tous les tissus offraient l'apparence de l'état normal. Aucune ligne organique de démarcation ne s'était encore établie entre ce qui devait cesser de vivre, et ce que l'organisme pouvait conserver. Tout porte à penser que si l'on eût attendu la formation de cette limite, la mort serait arrivée avant son développement.

Le blessé, graduellement ranimé, puis nourri légèrement, n'éprouva aucun accident inflammatoire grave. Huit jours après l'opération, la plaie était large à peine d'un pouce et demi et longue de quatre pouces. Un abcès se forma au dessus de la clavicule, et ne fournit que peu de pus. Deux jours plus tard, le dixième, la plaie de la première opération parut pâle et blafarde ; de la rougeur se développa autour d'elle, et du sang artériel parut à deux reprises le long de la ligature, qui n'était pas encore tombée. Des fomentations émollientes et une douce compression furent opposées à ces accidens, qui se calmèrent, et la ligature s'étant détachée au bout de cinq jours, le vingt et unième de son application, toutes les craintes cessèrent. A quelques

jours de là, les fils placés sur l'artère, lors de l'amputation, tombèrent à leur tour; plusieurs fois, le moignon de l'épaule menaça de s'enflammer, devint chaud et douloureux, et des applications de sangsues durent être faites pour ramener les mouvemens organiques à leur degré normal. Enfin, au 25 octobre, deux mois après la blessure, la santé du sujet était parfaite, la cicatrisation des plaies achevée, et C***, qui avait repris tout son embonpoint, toute sa vigueur, aurait pu sortir de l'hôpital si des motifs particuliers ne l'y avaient retenu.

Cette observation nous a semblé intéressante, en ce qu'elle témoigne de l'étendue ainsi que de l'efficacité des ressources combinées de la nature et de l'art, dans les cas les plus graves. Elle forme, en quelque sorte, le complément de celle que M. Lallemand a fournie, et démontre que, même dans certains cas de lésion artérielle, le précepte généralement établi d'attendre pour amputer que la gangrène soit bornée par une ligne inflammatoire, peut être transgressé avec avantage. M. Larrey a fait connaître d'autres cas non moins importans qui font exception à cette règle trop absolue, que l'on ne suivrait pas toujours sans perdre un temps précieux et sans exposer les blessés à une mort presque certaine.

OBSERVATIONS

D'AFFECTIONS CANCÉREUSES

Qui ont nécessité la pratique d'opérations graves.

Recueillies à la clinique de M. Lallemand

Par M. MAJESTÉ.

Bien que le succès n'ait pas constamment répondu, dans les observations suivantes, aux efforts de l'art et à l'habileté si généralement connue de M. Lallemand, nous croyons devoir cependant les rapporter ici, parce que l'on en peut déduire des conséquences utiles de plus d'un genre.

Le sujet de la première de ces observations contracta la dégénérescence cancéreuse qu'il portait sous l'influence du climat de l'Afrique. Plusieurs médecins, après avoir étudié les maladies propres à cette contrée, tant parmi nos troupes que parmi les habitans, sont portés à penser que les sujets non acclimatés en reçoivent une impulsion pernicieuse, susceptible de produire, en certains cas, l'altération cancéreuse des tissus vivans. Jusqu'à quel point cette assertion est-elle fondée?

Suffit-il, pour la faire admettre, de faits peut-être trop peu nombreux ou trop superficiellement observés? Est-il bien démontré que le cancer et les affections qui s'en rapprochent soient plus communs en Afrique qu'en France ou dans le midi de l'Europe ? Et, en supposant qu'il en soit ainsi, est-il incontestable que le climat exerce une action appréciable sur les étrangers, et les dispose à ces cancers? Cette assertion, à l'appui de laquelle on pourrait invoquer, il est vrai, et le nombre considérable des sarcocèles observés en Afrique, et l'exemple d'un homme remarquable par l'élévation de son rang dans l'administration et dans l'armée, peut-elle se concilier avec le fait généralement invoqué de la guérison plus facile et plus prompte des plaies de toute espèce dans les climats chauds, et spécialement en Égypte, que dans les contrées septentrionales ?

Il convient de livrer ce problème à l'attention et au zèle de nos collègues de l'armée d'Afrique. Ils trouveront sans doute l'occasion de le résoudre positivement, à l'aide de faits suffisamment nombreux et bien constatés.

La seconde des observations que rapporte M. Majesté est remarquable, en ce qu'elle confirme la remarque faite par M. Hey, en Angleterre, et en France par MM. Roux, Cullerier et autres, savoir, que le phimosis, même naturel, est

une circonstance prédisposante très active du cancer du pénis. En faisant le relevé des amputations de la verge pratiquées pour cause de dégénération cancéreuse de cet organe, on voit que les six huitièmes au moins d'entre elles ont été pratiquées sur des individus autrefois atteints de phimosis naturels ou accidentels, et, dans ces derniers cas, devenus chroniques et habituels. Des particularités importantes que présentait la maladie, chez le sujet opéré par M. Lallemand, ont obligé ce chirurgien à s'écarter du procédé ordinairement suivi, et à apporter à l'opération des changemens qu'il importe de connaître, afin de les imiter si des circonstances analogues en imposaient l'obligation.

PREMIÈRE OBSERVATION. *Dégénérescence cancéreuse des parties qui recouvrent la face antérieure de l'os maxillaire inférieur. — Résection de la tumeur et du corps de la mâchoire; mort du sujet, trente-cinq jours après l'opération.*

M. H***, capitaine au 3e régiment du génie, d'une constitution sanguine et athlétique, fut atteint, en Afrique, vers le milieu de l'année 1831, d'un bouton cancéreux à la lèvre inférieure. Opéré et guéri, il fut envoyé en France et y passa

plusieurs mois, sans inquiétude sur la reproduction de sa maladie. Il sollicita alors une nouvelle destination pour Alger, où, après avoir séjourné quelque temps, et sous l'influence du climat, il vit se développer sur la lèvre inférieure plusieurs tubercules durs et douloureux. La gravité de son affection et les souffrances qu'elle lui occasionait le forcèrent à revenir au dépôt du régiment. Envoyé à l'hôpital Saint-Éloi, il fut soumis, pendant quatre mois, à un traitement antiphlogistique, qui n'apporta aucun changement dans la nature et le volume de la tumeur.

Le 21 janvier 1833, elle présentait les caractères suivans. Extérieurement, elle occupait toute la région du menton, depuis la commissure des lèvres jusqu'au bord inférieur de l'os maxillaire. Une quinzaine de tubercules, les uns durs, les autres mous et charnus, s'élevaient de la surface de la peau, et étaient séparés par des sillons profonds, d'où s'écoulait un pus ichoreux, d'odeur cancéreuse. Toute la masse adhérait à l'os, de manière à ne laisser aucun doute sur la participation du périoste à la dégénérescence. La lèvre inférieure était bleuâtre, œdématiée et saignante. Intérieurement, des bourgeons végétaient sur la muqueuse de cette lèvre et sur le plancher de la bouche jusqu'à sa réunion avec la base de la langue. Le tissu gengival et le périoste alvéolaire, gon-

flés, poussaient au dehors les dents incisives qu'on pouvait extraire sans effort. Toute la tumeur faisait ressentir au malade des douleurs lancinantes; les ganglions sous-maxillaires étaient peu engorgés.

La constitution générale n'étant nullement altérée, et les organes de la digestion, non plus que ceux de la respiration, ne présentant aucun symptôme morbide, M. Lallemand céda aux instances du malade, qui réclamait l'opération, et pratiqua la résection du corps de la mâchoire de la manière suivante.

Le sujet étant assis et contenu par des aides, le chirurgien enleva d'abord les deux premières molaires de chaque côté. Avec un bistouri convexe, il fit ensuite une première incision demi-circulaire, depuis la commissure gauche des lèvres jusque sous la symphyse du menton; une seconde incision fut faite du côté droit, et vint se réunir à la première, de manière à circonscrire toute la tumeur par un demi-ovale. Dans ces deux incisions, il coupa sur l'os la peau, les muscles et le périoste; au dessous du menton, la peau fut seule divisée. Une scie articulée fut armée d'un stylet pointu et tranchant sur son bord concave. Ce stylet, porté à deux lignes en arrière du trou mentonnier, sous le bord inférieur de la mâchoire du côté gauche, et poussé de bas en haut vers le bord

supérieur, servit à amener la scie au dehors de la bouche. L'os fut scié très promptement. Le côté droit de la mâchoire fut séparé de la même manière. L'opérateur saisit ensuite l'extrémité gauche du fragment, le fit basculer en avant et se ménagea un intervalle pour introduire le bistouri. Il coupa successivement la membrane muqueuse, les attaches des muscles milo-hyoïdiens, génioglosses et digastriques, en ayant soin de lier, à chaque coup de bistouri, les artères divisées, qui auraient pu se rétracter dans le tissu de la langue. La tumeur ainsi enlevée, il passa un fil à travers les muscles coupés, afin de pouvoir tirer la langue en avant, et d'empêcher l'occlusion de la glotte, quelquefois produite par son renversement en arrière (1). Plusieurs portions des muscles et de la membrane muqueuse de la bouche, qui paraissaient douteuses, furent excisées avec le bistouri ou les ciseaux courbes, et cautérisées à l'aide de plusieurs boutons de feu.

---

(1) Dans une opération semblable, les antagonistes des muscles postérieurs de la langue étant coupés, et ne pouvant plus balancer la contraction de ces derniers, cet organe fut porté dans le pharynx et roulé sur l'ouverture de la glotte, sans qu'on pût le tirer en avant. M. Lallemand, pour faire cesser l'asphyxie qui était imminente, plongea un bistouri dans l'espace thyro-hyoïdien, et rétablit ainsi la respiration.

Les deux sections de l'os étant rapprochées, autant que possible, par des bandelettes agglutinatives, le fond de la plaie fut rempli avec des tampons de charpie. La langue, tirée en avant par le fil, fut maintenue dans cette position. Le tout fut contenu par un bandage approprié.

La tumeur, examinée avec attention, présentait les caractères propres aux affections cancéreuses fort avancées. La peau, les muscles et le périoste étaient confondus avec la masse dégénérée. En coupant celle-ci, on vit plusieurs tubercules durs, de consistance, et de couleur lardacée; d'autres avaient déjà la mollesse encéphaloïde; et la pièce ayant été macérée, on put se convaincre que l'os était carié sur plusieurs points de sa face antérieure.

Une potion antispasmodique et des boissons mucilagineuses furent prescrites au malade. Le lendemain 22, le pouls est petit et lent; le bandage est imbibé de salive.

Le 23, le malade a peu souffert; il se sert du biberon pour avaler ses boissons.

Le 24, premier pansement. Les escarres commencent à se détacher. La plaie est rétrécie et présente cet aspect grisâtre, qui est ordinaire aux plaies de la bouche, sans cesse lavées par la salive. Toux légère. Deux bouillons sont accordés pour la journée.

Le 25, la toux persiste; le pouls est toujours petit et lent; le pansement est renouvelé. Le 27, la plaie se rétrécit de plus en plus. Le 28, les fils des ligatures sont tombés : potion gommeuse, bouillon. Le 30, la petite toux, qui persévère, fatigue beaucoup le malade et l'empêche de se livrer au sommeil. Douleur dans l'articulation maxillo-temporale, causée par l'élévation des deux fragmens de l'os, qui sont abaissés et maintenus à l'aide des pièces de l'appareil.

Du 1er février au 6, l'état du malade n'est plus aussi satisfaisant. Le pouls est plus lent, la face décolorée; la plaie suppure moins. Des potages sont prescrits du 6 au 12 : pouls intermittent. Pour la première fois, M. H*** se plaint d'avoir la diarrhée, et cependant, depuis dix jours, il va à la garde-robe cinq ou six fois pendant la nuit. Diète; potions et lavemens opiacés.

Le 15, douze selles ont eu lieu pendant les vingt-quatre heures. La suppuration de la plaie est bien liée. Deux bouillons; même prescription; de plus, deux gros de diascordium.

Le 17, la plaie est réduite de moitié; la diarrhée persiste. Diascordium; lavemens opiacés; infusion de racine de colombo.

Le 18, la diarrhée a cessé. Un bourgeon charnu rouge, qui se trouve au fond de la plaie, a été touché avec le nitrate d'argent. Même prescription; on revient aux potages.

Le 20, la diarrhée a reparu, et le malade s'affaiblit. Diète; vin de Bordeaux; trois gros de diascordium.

Le 23, même état, même prescription. Mort le 27 au matin.

Autopsie cadavérique. Poumons sains. La toux qui a fatigué le malade tenait probablement à la difficulté de la respiration, causée par l'occlusion partielle de la glotte.

On a trouvé, depuis l'iléum jusqu'au rectum, un grand nombre d'ulcérations larges, à bords durs et taillés à pic.

La plaie, cicatrisée dans presque toute son étendue, était réduite à moins de la moitié de sa largeur primitive. Aux deux extrémités de l'os coupé, on voyait une petite virole, séparée par une rainure assez profonde, et qui se serait exfoliée par la suite.

DEUXIÈME OBSERVATION. *Dégénérescence cancéreuse de la verge; amputation pratiquée près du pubis; mort du sujet.*

Un vieillard, âgé de soixante-quatre ans, portait au pénis une tumeur carcinomateuse, qui enveloppait l'urètre, le corps caverneux, et s'étendait jusqu'à un pouce du pubis. Elle était volumineuse, inégale, bosselée, et contenait, vers le milieu de la verge, une assez grande quantité de

pus fétide, d'odeur cancéreuse, qui, par la pression, s'écoulait en partie entre le prépuce et le gland. Cette dégénérescence avait pour origine une affection syphilitique contractée à l'âge de trente-quatre ans, et qui avait consisté en des ulcérations du gland, recouvert constamment par un phimosis, et en deux bubons, qui étaient restés stationnaires jusqu'à ce moment.

Malgré l'ancienneté de cette affection, le malade jouissait d'une bonne santé; il réclamait avec instance l'opération, et M. Lallemand, pensant que les glandes de l'aine pourraient être enlevées facilement si l'inflammation s'en emparait, y procéda de la manière suivante :

Placé entre les cuisses du malade, que des aides contiennent, il saisit le pénis, le porte alternativement en haut et en bas, et s'assure, près du pubis, de l'élasticité des tissus qu'il doit couper. Avec un bistouri convexe et un peu long, il fait, à droite et à gauche, deux incisions demi-circulaires, qui divisent la peau, qu'il dissèque ensuite et sépare du corps caverneux ; il abat ensuite, d'un seul coup, le reste de la verge, et arrête l'hémorrhagie, en appliquant plusieurs boutons de feu et en liant l'artère dorsale. Il introduit une sonde cannelée dans l'urètre, qu'il divise en bas dans la longueur d'un pouce, et sépare les testicules en incisant la cloison du scrotum jusqu'au périnée.

Pansement. Une sonde n° 10, armée de son mandrin, est introduite avec facilité dans l'ouverture du canal et de là jusqu'à la vessie. Les deux testicules, aisément recouverts par le scrotum, qui est destiné à leur servir d'enveloppe, sont maintenus séparés par des gâteaux de charpie; le tout est contenu par des compresses fendues et par un bandage en T.

Cette opération, faite le 23 janvier 183, a donné des espérances de succès jusqu'au 17 février. La plaie de la verge était diminuée de beaucoup; le scrotum, en se roulant de chaque côté sur les testicules, les enveloppait déjà, et formait au milieu une rainure presque cicatrisée. Mais, le 17, la plaie s'étant enflammée, le pus est devenu abondant, ichoreux et sanguinolent; les testicules, gonflés et douloureux, ont partagé cette inflammation, qui s'est propagée aux glandes de l'aine. Le malade a succombé, le 25, à la réaction d'un érysipèle phlegmoneux, qui s'est étendu aux parois de l'abdomen.

Cette opération, seule chance de salut pour le malade, et qui a été faite à regret par M. Lallemand, a offert, avec les procédés ordinaires, les différences suivantes :

1°. Elle a été faite en deux temps, parce que la dégénérescence s'étendait jusqu'au pubis, et qu'en enlevant d'un seul coup tous les tissus qui

composent la verge, on aurait pu blesser les cordons spermatiques et les testicules.

2°. L'urètre a été fendu dans la longueur d'un pouce, afin que son calibre ne fût pas diminué par la coarctation de la cicatrice, qui roule en dedans les bords des canaux excréteurs divisés.

3°. Cette incision du canal ayant été prolongée au delà de la cloison des testicules, il a fallu séparer ceux-ci, afin de prévenir l'infiltration de l'urine dans les bourses; après la cicatrisation, il en serait résulté une rigole qui aurait facilité l'écoulement de l'urine.

TROISIÈME OBSERVATION. *Résection d'une tumeur érectile développée dans le corps et le bord alvéolaire de l'os maxillaire inférieur ; guérison.*

Un enfant, âgé de dix ans, d'une bonne constitution, porte depuis long-temps à la mâchoire inférieure une tumeur oblongue, du volume d'une grosse noix, de couleur rougeâtre, étendue depuis la symphyse jusqu'à la branche de l'os, du côté gauche; cette tumeur est molle et adhérente. Quelques bourgeons charnus existent sur le bord des gencives et sur la membrane muqueuse. M. Lallemand pense que cette tumeur est de nature érectile, et procède à sa résection le 24 janvier 1833.

Le petit malade étant assis, la tête appuyée contre la poitrine d'un aide, l'opérateur fait, depuis la commissure des lèvres jusqu'au bord inférieur de l'os maxillaire, une première incision perpendiculaire, qui comprend la peau, les muscles et la membrane muqueuse; puis une seconde longitudinale, qui vient couper la première à angle droit, de manière à former un T renversé. L'artère faciale, divisée dans ce temps de l'opération, est comprimée par un aide. Il dissèque les lambeaux et les sépare de l'os. La tumeur ainsi isolée, il en enlève toute la portion molle, au moyen d'un bistouri très fort, et convexe sur le plat; puis, en appliquant successivement des couronnes de trépan perforatif et exfoliatif (1), en se servant de la gouge et du maillet, il détruit la portion de la table externe de l'os et du bord alvéolaire correspondant à cette tumeur. Quelques bourgeons charnus furent excisés avec des ciseaux courbes, et cautérisés avec le fer rouge.

Les lambeaux rapprochés furent réunis au moyen de la suture entortillée.

Le lendemain de l'opération, le petit malade souffrait peu et n'avait point de fièvre. Le 27,

---

(1) Les couronnes de trépan s'émoussèrent plusieurs fois sur des dents qui n'étaient pas encore sorties des alvéoles. M. Lallemand n'en fit pas l'extraction, dans la persuasion qu'elles pourraient servir un jour à la mastication.

deux aiguilles furent enlevées. Le 28, la cicatrice paraissant solide, on enleva la dernière aiguille, en laissant les fils. Le 6 janvier, quelques points grisâtres de la mâchoire s'exfolièrent; des bourgeons charnus couvraient le reste de l'os. Le 15 janvier, une portion nécrosée du bord alvéolaire se détache, et le 20, l'os est entièrement cicatrisé. La face interne de la joue adhère au bord inférieur de la mâchoire; le reste de l'os est libre, et offre une légère dépression sur le côté; la cicatrice est linéaire et à peine visible.

OBSERVATION

D'UNE

COLLECTION SÉREUSE

Située entre la sclérotique et la choroïde de l'œil droit, parfaitement circonscrite et indépendante des humeurs de cet organe;

Par M. MURVILLE,

Chirurgien-major-démonstrateur à l'hôpital militaire d'instruction de Lille.

Mademoiselle ***, fille d'un des premiers négocians de la ville de Lille, d'un tempérament nervoso-lymphatique, d'une santé habituellement délicate, avait, depuis sa naissance, la vue très basse et ne s'exerçant pas avec la même force des deux côtés. L'œil droit était beaucoup plus faible que le gauche, de telle sorte que, toutes les fois qu'elle voulait lire, écrire ou exécuter quelque ouvrage un peu fin, elle était obligée de fermer l'œil droit pour empêcher la vision d'être troublée. Après avoir suivi, pendant presque tout l'hiver dernier, un traitement dirigé contre

une irritation gastro-intestinale, elle alla passer une partie de la belle saison à la campagne, pour achever de consolider sa guérison.

Au bout de quelque temps, tout annonçait que sa santé était bien rétablie; ses forces, sa gaîté et son embonpoint étaient revenus, lorsque tout à coup, et sans cause connue, elle fut prise, le 1er août 1833, de douleurs atroces dans l'œil droit et dans les parties antérieures et supérieures du crâne : elle éprouva tous les symptômes d'une névralgie frontale, à droite, très violente. Son médecin ordinaire ne crut pas pouvoir mieux faire que de recourir à une application de six sangsues, placées sur le trajet du nerf frontal; et cette médication eut un succès presque complet, au point qu'il ne resta plus, des douleurs violentes qui existaient auparavant, qu'un malaise dans la partie droite du crâne et une sensibilité assez grande dans l'œil correspondant. Cet état dura pendant cinq jours, au bout desquels tout l'appareil des symptômes de la névralgie frontale se présenta de nouveau avec la même intensité; on recourut une seconde fois aux sangsues, dont le résultat fut le même que lors du premier accès. Huit jours après, réapparition de la névralgie : M. Dourlen, médecin en chef de l'hôpital civil de Saint-Sauveur, est appelé en consultation, et après avoir pris connaissance des circonstances qui s'étaient présentées

dans les deux premiers accès, il décida, conjointement avec M. Martin, de revenir encore aux sangsues, et à peine l'écoulement du sang commençait-il à s'opérer, que le soulagement se fit sentir d'une manière très prononcée. Après cette application, la malade ne ressentit plus que de la gêne et du malaise dans les parties qui étaient auparavant le siége des plus vives douleurs; une grande sensibilité persévérait aussi dans l'œil droit.

En examinant avec attention cet organe, les deux médecins traitans s'aperçoivent alors que son volume est bien plus considérable que celui de l'œil gauche, ce qui probablement existait déjà depuis quelque temps. En écartant les paupières, ils reconnaissent l'existence d'une saillie déjà fort prononcée, vers la partie antérieure et supérieure du globe de l'œil, un peu au dessus de la cornée transparente, qui est restée tout à fait intacte. On décide que la malade fera usage d'un collyre astringent, dont la base est le sulfate de zinc, mais employé à faible dose, et l'on en continue l'usage pendant une dizaine de jours, après lesquels survient un quatrième accès de névralgie. Nouvelle application de sangsues et nouvelle cessation des grandes douleurs; mais le globe oculaire, loin de diminuer, augmente, au contraire, de volume; la saillie qu'il offre au dessus de la cornée transparente prend plus de développement, la sensibi-

lité de l'organe est de plus en plus vive. On insiste encore pendant quelques jours sur les astringens, mais sans le moindre succès ; le mal, au contraire, augmente d'une manière très notable : c'est alors que je suis appelé en consultation le 1er septembre, un mois environ après l'invasion du premier accès névralgique. Voici l'état dans lequel je trouve mademoiselle ***.

La malade, qui a perdu l'embonpoint qu'elle avait gagné à la campagne, est dans un état de faiblesse très grande, a peu d'appétit, et digère difficilement; la face est extrêmement pâle et offre un aspect particulier, occasioné par la saillie considérable que présente l'œil droit, dont le volume est augmenté au moins des deux tiers. Il fait, pour ainsi dire, hernie à travers l'ouverture des paupières, et constitue une véritable exophthalmie; la pupille est large et tout à fait immobile; la vue, de ce côté, est entièrement éteinte. On est porté à croire, au premier aspect, que la malade est affectée d'une hydropisie générale du globe de l'œil, et c'est la première idée qui me vient à l'esprit. Mais, en examinant les choses de plus près, j'aperçois, en soulevant la paupière supérieure, une tumeur allongée et arrondie, représentant assez bien une corde recourbée transversalement sur la partie supérieure du globe de

l'œil, de la grosseur du doigt annulaire environ, d'une couleur bleuâtre, située au dessus et en arrière de la cornée transparente, au dessous de la sclérotique, qu'elle soulève fortement. Cette tumeur est parfaitement lisse et fortement tendue. Cependant, avec de l'attention, on parvient à y reconnaître la fluctuation d'un liquide; elle décrit les deux tiers d'un cercle autour des parties interne, supérieure et externe du globe de l'œil, et se trouve sensiblement plus épaisse en haut que partout ailleurs; le tiers inférieur du globe oculaire est dans son état normal. Je dois dire encore que la tumeur est bien circonscrite dans toute sa circonférence, et que toutes les autres parties environnantes paraissent avoir conservé leur volume naturel.

Cette disposition bien constatée de la tumeur éloigne nécessairement de mon esprit l'idée d'une hydropisie générale du globe oculaire. Mais quelle est alors la nature de la maladie? est-ce un staphylôme? Dans cette affection, c'est la cornée transparente qui est la première attaquée, et qui devient saillante, opaque, difforme; or, rien de semblable ne se présente ici. Ce n'est pas non plus un squirrhe, car la partie qui, à la vérité, est dure, tendue, rénitente, laisse apercevoir de la fluctuation, les humeurs de l'œil ont conservé toute leur transparence, la cornée et la

sclérotique sont lisses dans toute leur surface, circonstances qui ne peuvent pas coïncider avec l'existence d'un squirrhe. Au milieu des incertitudes qui entouraient le diagnostic de cette tumeur, je fus porté à penser qu'elle consistait en une hydropisie partielle, dont le liquide serait contenu dans une poche située entre la sclérotique et la choroïde.

Je n'avais jamais eu occasion d'observer un fait semblable dans ma pratique particulière, ni dans celle des hôpitaux de Paris que j'ai longtemps fréquentés. Je fis depuis des recherches dans plusieurs traités généraux de chirurgie, tels que ceux de Boyer, Sabatier, Richerand, ainsi que dans plusieurs monographies des maladies de l'œil, et je n'ai rien trouvé qui fût, je ne dirai pas identique, mais même qui eût une analogie marquée avec le cas qui fait le sujet de cette observation; je fis part de mon idée à MM. Dourlen et Martin, qui tous deux la partagèrent aussitôt, en observant, comme moi, la forme, la position, la fluctuation et la circonscription de la maladie.

Vint ensuite la question du traitement, qui fut résolue de la manière suivante. Il fut convenu que, le lendemain matin, je ferais une incision ou plutôt une ponction pour évacuer le liquide que nous avions jugé constituer la tumeur, qu'on

appliquerait sur la partie affectée des compresses trempées dans de l'eau fraîche, et que la malade suivrait un régime très sévère. Malheureusement, un cinquième accès survint dans la nuit suivante, et nous obligea de remettre l'opération à un autre jour. Cet accès céda, comme les précédens, à une application de sangsues; mais, après qu'il fut terminé, la tumeur parut encore sensiblement augmentée de volume; et cette circonstance nous confirma de nouveau dans notre opinion, relativement à la nécessité de l'opération.

Je pratiquai celle-ci deux jours plus tard, c'est à dire le 3 septembre 1833. La malade fut placée dans son lit, la tête légèrement soulevée par des oreillers, en face d'une fenêtre suffisamment éclairée; on recouvrit l'œil gauche d'un bandeau, et la tête, ainsi que les bras, furent maintenus par des aides. J'écartai alors les deux paupières du côté malade avec le pouce et l'indicateur de la main gauche, et à l'aide de la main droite, armée du couteau à cataracte de Wenzel, je saisis le moment où le globe de l'œil était en repos pour pratiquer une ponction avec incision de deux à trois lignes, dans la partie supérieure et externe de la tumeur. A l'instant même, il s'en écoula une assez grande quantité d'une humeur limpide, transparente, et d'une couleur légèrement citrine, qui n'était ni visqueuse ni

onctueuse entre les doigts. La tumeur disparut aussitôt, et l'œil reprit son volume naturel. Ce résultat nous affermit dans l'opinion que j'avais émise sur la nature et le siége de cette affection; c'est à dire qu'elle consistait dans une hydropisie partielle, située entre les membranes sclérotique et choroïde; mais, si d'un côté elle nous donna cette assurance, d'un autre elle ne nous laissa pas sans inquiétude et sans crainte de voir la tumeur se former de nouveau, puisque la poche séreuse qui l'avait produite une première fois restait intacte et pouvait bientôt se remplir. A raison de la nature des parties au milieu desquelles elle était placée, il devenait absolument impossible de songer, ou à l'extirper, ou à la dénaturer en injectant quelque liquide irritant dans son intérieur, pour y déterminer une inflammation adhésive.

L'œil fut simplement recouvert de compresses trempées dans de l'eau fraîche, et je m'efforçai d'entretenir béante, le plus long-temps possible, la plaie faite à la sclérotique, afin de pouvoir faire sortir l'humeur qui pouvait encore se former, et empêcher la tumeur de se renouveler.

La malade fut soumise à une diète sévère, à un repos absolu, et placée dans une chambre maintenue obscure.

Pendant les quinze jours qui suivirent l'opéra-

tion, tout se passa très bien ; aucun accident inflammatoire ne se manifesta ; un léger suintement s'opérait tous les jours par la petite plaie, et l'on remarqua qu'il allait en diminuant d'une manière progressive, au point qu'à la fin de cette période il ne sortait plus rien ou presque rien par l'ouverture. Celle-ci s'oblitéra alors entièrement, malgré les lotions émollientes et les autres moyens analogues employés pour retarder encore ce résultat.

Pendant une quinzaine de jours après cette oblitération, l'œil resta dans le même état que celui qu'il avait immédiatement après l'opération; c'est à dire qu'il ne présenta plus rien de particulier que la couleur bleuâtre de la sclérotique : du reste, il avait son volume naturel; mais, quelques jours plus tard, il se manifesta une nouvelle tumeur au même point qu'occupait la première, beaucoup moins considérable qu'elle, et ne s'accompagnant d'aucun phénomène névralgique. On se borna à l'observer pendant une huitaine de jours, sans y remarquer ni augmentation, ni diminution ; une nouvelle ponction fut toutefois décidée et pratiquée le 15 octobre, et une sérosité peu abondante s'écoula de sa cavité. L'œil revint, comme la première fois, à son volume naturel; mais la vue y resta entièrement éteinte, et il conserva toujours la couleur bleuâtre, dont

il a été question, vers la partie supérieure de la sclérotique.

Je tâchai, par divers moyens, d'entretenir cette seconde ouverture béante le plus longtemps possible : je fis sur elle des lotions émollientes; j'y introduisis tous les matins un stylet boutonné, et, pendant les premiers jours, ces manœuvres firent sortir un peu de liquide séreux, qui devint de jour en jour moins abondant, plus consistant et comme purulent. Il finit par ne plus rien sortir par la petite ouverture, que j'eus néanmoins la précaution d'entretenir encore une dizaine de jours ouverte, à l'aide de l'introduction du stylet boutonné, et, le 20 novembre, elle était cicatrisée.

Dans le but de consolider la guérison et d'empêcher le même accident de se reproduire, je conseillai de faire prendre tous les jours à mademoiselle *** un demi-litre de tisane de chiendent, contenant six grains de nitrate de potasse, pendant six semaines environ, de lui appliquer un vésicatoire au bras, qui devait être entretenu pendant le même espace de temps; ce qui fut exécuté avec la plus grande ponctualité, et depuis cette époque jusqu'à ce jour, 10 mars 1834, rien de particulier ne s'est offert, aucun accident nerveux ne s'est présenté ; la vue demeure entièrement ou à peu près entièrement éteinte; mais

l'œil conserve son volume naturel avec la teinte bleuâtre vers la partie supérieure de la cornée opaque ; seulement on remarque qu'elle est moins intense qu'au moment de l'opération.

Cette observation me semble curieuse et intéressante sous plusieurs rapports. Et d'abord, ainsi que je l'ai déjà annoncé, aucun fait semblable ne s'est présenté à moi, tant dans ma pratique particulière que dans les cours de clinique que j'ai long-temps suivis sous nos grands maîtres ; et les recherches nombreuses auxquelles je me suis livré à cette occasion ne m'ont rien fait découvrir qui puisse se rapporter à des hydropisies partielles du globe oculaire, tout à fait isolées des cavités normales et des humeurs de cet organe. Le cas dont je viens de tracer la relation se rapporte évidemment à une de ces affections, et consiste bien, selon moi, en une hydropisie circonscrite, renfermée entre la sclérotique et la choroïde. Si l'on pouvait conserver quelques doutes à cet égard, le retour du globe de l'œil à son volume naturel, immédiatement après l'évacuation du liquide séreux, et non son affaissement par la sortie de ses liquides propres ; l'apparition de la choroïde, facile à reconnaître à sa couleur noire, à travers la petite plaie pratiquée à la sclérotique ; l'absence totale de la moindre parcelle d'humeur aqueuse ou vitrée au milieu

du liquide évacué : toutes ces circonstances réunies suffiraient, je le pense, pour les dissiper entièrement, et pour rendre aussi évidens que possible la nature et le siége de la tumeur qui nous occupe.

Si, après avoir établi ce premier point, nous nous reportons aux phénomènes qui ont succédé à l'opération et à l'évacuation du liquide contenu dans le kyste séreux, nous remarquons que, dès le moment où l'ouverture de cette poche a été pratiquée, les douleurs atroces qui s'étaient fait sentir à plusieurs reprises dans le trajet du nerf frontal, et tous les symptômes de la névralgie sus-orbitaire, ont disparu sans le plus léger retour. Ne peut-on pas, d'après cela, supposer que ces phénomènes n'étaient que le résultat de la compression du nerf frontal produite par la tumeur du globe de l'œil ? Cette hypothèse me paraît très fondée et se rapprocher beaucoup de la certitude.

Quant à la médication employée lors de la réapparition de la tumeur séreuse, je conviens qu'elle prête, du moins en apparence, à une critique plus ou moins sévère. Pourquoi, pourrait-on dire, n'avoir pas eu recours à un autre procédé que la ponction, puisque l'on connaissait alors, de manière à ne plus en douter, la nature de l'affection, et qu'il est bien constant, en chirur-

gie, que la ponction, généralement employée comme moyen palliatif de traitement contre les hydropisies, est ordinairement insuffisante pour opérer la cure radicale de ces affections ?

Cette objection, qui pourra paraître d'un grand poids au premier abord, n'est cependant, au fond, que spécieuse. En y réfléchissant avec attention, on verra que la texture excessivement délicate des parties entre lesquelles la tumeur était située interdisait formellement l'usage de plusieurs médications employées avec avantage dans des circonstances analogues. C'est ainsi que l'extirpation partielle ou totale de la poche séreuse était une chose tout à fait impraticable ; on doit en dire autant de l'injection d'un liquide irritant dans son intérieur. Il n'en est peut-être pas de même du séton, que l'on pourrait excepter de cette sorte d'exclusion, et je dois à la vérité de dire que l'idée de le mettre en pratique sur notre jeune malade s'est présentée à mon esprit. Je le considérais comme éminemment efficace pour déterminer le développement d'une inflammation adhésive, et par cela même l'oblitération complète de la poche séreuse; mais la susceptibilité extrême de mademoiselle ***, et les difficultés presque sans nombre que nous avions rencontrées quand il s'était agi de faire la première ponction, malgré le désir bien prononcé chez la

malade de se laisser opérer, me firent bientôt renoncer à son emploi. On sait, d'ailleurs, par une foule d'observations, notamment par celles que publia Delpech vers la fin de sa vie, que l'introduction large et permanente de l'air dans les kystes séreux suffit pour enflammer leur surface interne, pour modifier la structure de leurs parois, pour y déterminer un travail d'adhésion et une cicatrisation solide. C'est de cette manière que guérit l'hydrocèle par incision; c'est de cette manière que s'oblitèrent et guérissent les kystes séreux du cordon testiculaire, ceux de l'orbite, et beaucoup d'autres encore que l'on se contente d'inciser, en entretenant ensuite les plaies béantes par l'interposition de corps étrangers. Ces réflexions nous firent abandonner, pour cette fois au moins, le séton, nous promettant d'y recourir dans le cas où, contre notre attente, la seconde ponction, aidée de divers moyens, tels que les lotions fréquentes faites sur la petite plaie et l'introduction souvent réitérée, dans son intérieur, d'un stylet boutonné, manœuvres auxquelles notre malade se soumettait avec facilité, ne nous conduirait pas à une cure radicale. Heureusement que la chose est devenue inutile, attendu le résultat favorable que nous avons eu le bonheur d'obtenir.

OBSERVATION

SUR

LA MORSURE D'UN SERPENT AU PETIT DOIGT DU PIED DROIT,

Suivie du sphacèle du membre, qui a nécessité l'amputation ;

Par M. PETITOT,
Docteur en médecine, chevalier de la Légion-d'Honneur, chirurgien-major.

Pendant mon séjour en Grèce, lorsque j'étais chargé du service chirurgical de l'hôpital militaire de Navarin, je fus prié, par M. le préfet de la Messénie, d'examiner la nommée Eviénikis Tomaras, d'un tempérament bilioso-sanguin, âgée de dix-huit ans, native d'Argos, habitant depuis quelque temps le village de Hé, près de Navarin, et qui était atteinte d'une plaie avec ulcération à la jambe droite. A mon arrivée chez cette jeune fille, je trouvai le membre dans l'état le plus singulier : Le tibia, resté seul, entièrement dénudé, comme si on l'avait soumis à la macération, était, depuis long-temps, séparé de tous les os du pied. Au quart supérieur de sa face

interne seulement, il était recouvert par un lambeau de tégumens, fortement adhérent, de forme conique, dont le sommet était en bas, ayant en largeur à peu près deux travers de doigt, et en longueur quatre ou cinq, à partir de l'extrémité inférieure de la rotule. Quant au péroné, il n'en restait plus que la tête, recouverte par des bourgeons vasculaires. Enfin, la jambe, garnie encore dans son quart interne par le lambeau de peau dont nous avons parlé, et dont les bords étaient ulcérés, n'offrait dans les trois quarts externes de sa circonférence, jusqu'à un bon pouce au dessus du lieu d'élection indiqué pour l'amputation, qu'une plaie irrégulière, à bords adhérens, parsemée de petites escarres gangreneuses, et fournissant un pus sanieux assez abondant et des plus fétides. Chose digne de remarque! il arrivait quelquefois, à cette infortunée, de pouvoir marcher sur l'extrémité inférieure du tibia garnie de chiffons, et faisant, en quelque sorte, l'office d'une jambe de bois.

L'état général de la malade n'offrait rien de remarquable, sinon un léger mouvement fébrile le soir, une expression profonde de souffrance et une décoloration très grande de la face.

Interrogée sur ce qui avait pu occasioner des désordres aussi considérables, voici ce qu'elle me raconta : Le 30 avril 1830, en traversant le jar-

din de la maison qu'elle habitait, elle fut mordue par un serpent au petit doigt du pied droit; elle ne souffrit que légèrement de sa blessure pendant le jour et la nuit qui suivirent; mais, dès le lendemain, un gonflement inflammatoire des plus considérables, accompagné d'une fièvre intense et de douleurs lancinantes, s'empara de toute la jambe, ainsi que d'une partie de la cuisse. Des amis de ses parens lui conseillèrent d'appliquer de l'eau de vie et du sucre sur sa blessure; ce moyen ne fit qu'accroître l'inflammation et exaspérer les douleurs. Après quinze jours d'horribles souffrances, tout le membre fut frappé de sphacèle; la nature, en cette circonstance, sembla aller au devant de l'art, en traçant, presque au lieu d'élection, la ligne de démarcation qui devait séparer plus tard les parties encore vivantes d'avec les tissus mortifiés. La peau et tous les muscles sous-jacens tombèrent successivement par lambeaux; les os de la jambe et du pied furent mis à nu; et bientôt après, ces derniers se détachèrent, ainsi que le péroné, excepté sa tête, qui resta adhérente au tibia. Au rapport de cette fille, sa mère, douée d'un courage vraiment admirable, comme le sont la plupart des femmes de ces contrées, et portée par un mouvement naturel, facilitait de temps en temps, à l'aide d'un couteau, la chute des escarres.

La douleur que la malade ressentait dans l'articulation, la nature de la matière fournie par la

plaie et le laps de temps qui s'était écoulé depuis l'accident, me firent supposer que les parties articulaires étaient altérées; je jugeai donc l'amputation à la jambe impraticable, d'autant plus qu'il aurait fallu la faire à une hauteur qui dépassait de beaucoup les limites indiquées par l'art. Je proposai l'amputation de la cuisse, elle fut aussitôt rejetée par la malade et par ses parens. Un semblable état abandonné à la nature ne pouvant avoir qu'une issue funeste, je résolus de tenter l'opération à la jambe, proposition qui fut acceptée.

Avec l'agrément de M. le sous-intendant militaire, chargé de la police de l'hôpital, je fis placer la malade, dénuée de toute ressource, dans une chambre particulière de cet établissement, et le 15 juillet, c'est à dire deux mois et demi après l'accident, assisté de mes aides, MM. Dussi et Bonnet, je procédai à cette opération. Mon premier mouvement fut de respecter le travail déjà si bien établi par la nature, et de rendre l'opération la plus simple possible. Je disséquai le plus haut que je pus, et avec beaucoup de soin, le petit lambeau de peau de forme conique dont nous avons parlé, et qui était flasque, appauvri et presque dépourvu de vitalité; puis je sciai le tibia presqu'à la hauteur de la tête du péroné. Le cali-

bre des tibiales antérieure et postérieure, sensiblement rétréci, paraissait réduit d'un tiers. J'avais pénétré dans la substance spongieuse de l'os, où il était facile d'apercevoir un commencement d'altération, marqué par un léger boursouflement des cellules. Après avoir terminé la ligature des vaisseaux, je parvins, avec assez de peine, à recouvrir le tibia à l'aide du lambeau, qui était extraordinairement aminci et diminué dans toutes ses dimensions. Je le fixai convenablement à l'aide de bandelettes agglutinatives; un linge fin fenêtré et de la charpie mollette complétèrent l'appareil. La nuit se passa assez tranquillement; le lendemain et les jours suivans, un peu de fièvre se déclara, et la malade accusa une céphalalgie des plus intenses, qui fut dissipée par une saignée du bras. Le troisième jour, ayant jugé à propos de renouveler l'appareil, ma surprise fut grande en trouvant le lambeau, sur lequel je n'avais fondé que de bien faibles espérances, adhérant sur tous les points à la surface du tibia! Je détachai les bandelettes agglutinatives qu'il parut inutile de remplacer, et dès lors la plaie fut pansée simplement. Des bourgeons vasculaires remplirent les intervalles qui n'avaient pu être recouverts par la peau, et la cicatrisation marcha graduellement avec rapidité.

La guérison eut lieu deux mois après l'opération, et ne fut retardée que par une légère exfoliation, qui finit par se faire jour et tomber.

D'après ce qui précède, il est probable que, plus tard, le tibia, à l'instar du péroné, se serait nécrosé à la hauteur de la plaie, ainsi que le démontre la pièce pathologique que j'ai conservée, et qui offre une trace de séquestre commençant. Quelque temps après l'opération, j'eus l'occasion de revoir cette jeune personne, qui était rendue presque méconnaissable par l'embonpoint qu'elle avait acquis.

Il est vraisemblable, bien que la malade n'en ait rien dit, que la morsure du serpent n'a pas seule déterminé le sphacèle de la jambe. On ne connaît pas, au moins comme espèce commune, de reptile, en Grèce, susceptible de déterminer des désordres aussi graves. Peut-être que des imprudences, des médicamens irritans, ou quelque disposition morbide intérieure, auront favorisé, comme on le voit trop souvent, la marche de phénomènes inflammatoires, d'ailleurs intenses, et provoqué les funestes résultats qui ont suivi leur développement. Peut-être encore, et cette conjecture est la plus vraisemblable, parce que cette pratique est généralement employée par les peuples de tous les pays, que la malade, aussitôt, ou peu de temps après sa blessure, aura serré

violemment et étranglé la jambe au dessous du genou, à l'aide de quelque lien étroit et résistant. La stagnation des liquides, qui sera résultée de cette pratique, ajoutée à l'inflammation ainsi qu'à l'action septique du virus, explique fort bien alors le développement d'un sphacèle, qui, autrement, serait presque inconcevable, ou du moins fort extraordinaire.

Quoi qu'il en soit de ces conjectures, combien d'observations de ce genre ont dû se présenter déjà dans ces malheureuses contrées! Les Grecs, depuis long-temps, sont privés des secours de l'art : aussi n'y rencontre-t-on que rarement des infirmes; dans une foule de circonstances, où la nature n'a pu se suffire à elle-même, ils ont dû périr, faute d'avoir été secourus.

CORPS ÉTRANGERS

ARRÊTÉS DANS L'OESOPHAGE.

Les accidens produits par l'ingestion inattentive de fragmens d'os mêlés aux alimens sont si nombreux parmi les militaires, et déterminent si souvent des lésions graves ou mortelles, que nous ne nous lasserons jamais de publier les cas de ce genre qui parviendront à notre connaissance. Nous voulons, à force de funestes exemples, exciter vivement la surveillance des chefs de tous les rangs, imprimer aux soldats imprudens une terreur salutaire, et démontrer de plus en plus aux officiers de santé combien il importe de procéder méthodiquement aux opérations que ces corps étrangers réclament, de ne rien laisser au hasard, et de recourir à l'incision des organes de la déglutition, plutôt que d'abandonner les sujets aux efforts trop vantés, et presque constamment infructueux alors, de la nature.

Nous en avons trop dit, dans les volumes précédens de ces mémoires, sur ce point important de chirurgie pratique, pour qu'il convienne de

rien ajouter à ces réflexions préliminaires. Les faits parlent ici plus haut que ne le pourraient faire les raisons les plus ingénieuses.

Parmi les instrumens dont on se sert avec le plus d'avantage pour saisir et extraire les corps étrangers engagés dans les voies de la déglutition, le crochet en argent, à tige arrondie et flexible dans tous les sens, tient incontestablement le premier rang. Un de nos collègues, M. Cassagne, lui reproche toutefois d'assez graves inconvéniens, et propose de le modifier de manière à rendre son action plus simple, plus sûre et aussi plus parfaitement exempte de dangers. Nous allons le laisser parler lui-même.

Réflexions *sur les corps étrangers arrêtés dans l'œsophage, et observation sur un fragment d'os fixé dans ce conduit;*

Par M. CASSAGNE,

Docteur en médecine, chirurgien-aide-major au 36e régiment de ligne.

Parmi les instrumens destinés à extraire les corps étrangers de l'œsophage, le crochet préconisé par J.-L. Petit n'est cependant pas sans inconvéniens. La manœuvre qu'il exige n'a pas toujours lieu sans difficulté et sans occasioner

des douleurs ou des lésions plus ou moins graves, soit que le corps étranger, occupant toute la capacité de l'œsophage, s'oppose au passage de son extrémité recourbée, soit, plus certainement encore, dans les cas où, rencontrant une résistance insurmontable, cet instrument ne peut enlever le corps qu'il accroche, et doit être retiré comme inutile. Cette extraction est quelquefois fort difficile et peut entraîner des accidens fâcheux.

Ces réflexions ont conduit M. le docteur Parent, médecin à Beaune (Côte-d'Or), à imaginer un instrument qui pût être constamment employé avec plus de méthode, plus de succès, et d'une manière plus générale, que les crochets ordinaires ou les autres moyens analogues.

L'occasion de mettre en pratique le procédé qu'il imagina lui fut fournie par un homme d'un âge assez avancé, qui avait avalé avec avidité, dans une cuillerée de soupe, un fragment de vertèbre de cochon, de quinze lignes environ dans ses différens diamètres, et qui s'était arrêté vis à vis du bord supérieur du sternum.

L'instrument de M. Parent se compose d'une tige de baleine, arrondie, flexible, de deux lignes de diamètre ou un peu plus, longue de douze à quatorze pouces, et légèrement recourbée sur sa longueur. Une de ses extrémités, qu'on

nomme supérieure, est surmontée d'un anneau métallique, en forme de clef, assez évasé pour recevoir un ou deux des doigts de l'opérateur. L'extrémité inférieure présente une virole de même métal, taraudée, pour recevoir la vis d'une tige d'acier, longue d'un pouce et demi environ; celle-ci, d'un diamètre inférieur à celui de la baleine, offre, au milieu de sa longueur, l'insertion d'un petit ressort dont l'extrémité libre est tournée en bas. Au bout de cette tige d'acier est fixée, par une charnière mobile, une seconde tige de même métal, aplatie et légèrement courbée sur sa longueur, d'une ligne de diamètre sur un pouce de long et terminée en olive. La charnière permet à celle-ci, qui fait crochet, de se rapprocher entièrement de la première; mais elle est disposée de manière à l'empêcher de s'en écarter de plus de huit à dix lignes, écartement qui forme l'ouverture du crochet, dont l'angle, dans sa plus grande dimension, n'est que de quarante-cinq à cinquante degrés. Cette articulation doit avoir assez de solidité pour résister aux efforts, quelquefois violens, que peut nécessiter l'extraction du corps étranger. L'extrémité libre du crochet est percée d'une ouverture à laquelle on attache un fil assez fort, qui, passant par un trou pratiqué un peu plus haut sur la tige opposée, vient, le long de la baleine, se

rendre au dehors et la dépasse de quelques pouces. Ce fil est destiné à fermer à volonté le crochet que fait ouvrir l'action du petit ressort dont il a été parlé plus haut. Cet instrument est contenu, le crochet fermé, dans une sonde en gomme élastique, d'une dimension convenable, et ouverte à ses deux extrémités. L'anneau pédiculé, qui en forme la partie supérieure et sert à le diriger, doit dépasser la sonde d'à peu près deux pouces.

Pour se servir de cet instrument, on introduit dans l'œsophage l'extrémité de la sonde opposée à l'anneau, avec les précautions nécessaires, et lorsqu'elle est arrivée jusqu'au delà du corps étranger, ce qu'on sent au défaut de résistance, on pousse la baleine jusqu'à ce qu'on juge que le crochet dépasse en entier l'extrémité inférieure de la sonde, afin qu'il puisse s'ouvrir par la détente du petit ressort mis en liberté ; ensuite, pendant qu'on retient la baleine, on pousse la sonde jusqu'à la base du crochet, qui se trouve ainsi maintenu ouvert. L'opérateur alors, retirant à lui l'instrument en totalité, rencontre nécessairement le corps étranger, qui se trouve saisi par le crochet, et à l'aide de tractions convenablement ménagées, il l'amène au dehors. Lorsqu'on ne peut opérer l'extraction, soit que le corps ait trop de volume, soit qu'un enclavement

trop considérable le retienne, on ferme le crochet à l'aide du fil attaché à son extrémité libre, et, le faisant ensuite rentrer dans le tube de la sonde de gomme élastique, on retire ainsi l'instrument sans la moindre difficulté.

Lorsqu'il s'agit d'extraire de l'œsophage des corps aigus, comme des aiguilles, des épingles, des arêtes de poissons, etc., bien que, dans ces circonstances, on puisse réussir plus facilement à leur extraction par différens moyens, tels que l'écheveau de fil ou de soie, ou un morceau d'éponge fixé à l'extrémité d'une sonde et gonflé ensuite par l'humidité, M. le docteur Parent a su retirer un très grand avantage de son instrument, en y ajoutant les modifications suivantes.

Il ressemble alors au crochet simple précédemment décrit, et s'adapte à la même tige par une vis qui termine une de ses extrémités; il n'en diffère qu'en ce qu'il présente inférieurement quatre charnières au lieu d'une, et à chacune d'elles quatre petits crochets d'acier longs de six à huit lignes. Ces crochets sont tous garnis d'une petite éponge fine, fixée par un fil à un anneau placé inférieurement, et peuvent se rapprocher à volonté de la tige principale. Il est bien entendu qu'avant de se servir de cet instrument, on le renferme, avec ses crochets fermés et garnis d'éponges sèches, dans une sonde de

gomme élastique ouverte à ses deux extrémités.

Ces instrumens, qui ont parfaitement réussi dans deux circonstances, où tous les moyens précédemment connus avaient échoué, réunissent d'incontestables avantages, et peuvent remplacer avec succès la plupart des procédés inventés jusqu'à présent.

Quoique je n'eusse pas à ma disposition un pareil instrument, excité par sa supériorité, je cherchai, dans un cas grave, à y suppléer par une combinaison analogue, et je n'eus qu'à me féliciter du succès aussi complet qu'inattendu que j'obtins chez le sujet de l'observation suivante.

Un jeune homme de dix-huit ans, d'un tempérament assez robuste, après avoir travaillé toute la journée, et pressé par la faim, se met, le soir, à manger avec avidité. Il avale involontairement un os, qui passe immédiatement, sans être senti, et s'arrête dans l'œsophage, vis à vis, à peu près, de la sixième vertèbre cervicale. Peu de temps après l'accident, une douleur fixe et aiguë se fait sentir au fond du gosier, avec difficulté d'avaler et parfois impossibilité complète d'ingérer même des liquides, qui provoquent instantanément le vomissement. Néanmoins, les symptômes ayant diminué d'intensité, et le malade pouvant avaler, quoiqu'avec peine, quelques cuillerées de

boisson, trois jours s'écoulent dans cet état; il n'éprouvait qu'une sensation continuelle de gêne dans le gosier avec un picotement insupportable. Le quatrième jour, en voulant manger, selon son habitude, il est pris, aussitôt après le repas, d'une insurmontable difficulté d'avaler; la déglutition devient impossible, et le malade fait de violens efforts de vomissemens, qui sont sans résultat. La face est rouge et vultueuse; les yeux sont larmoyans et la respiration paraît de plus en plus laborieuse.

Tel était l'état qu'offrait ce jeune homme lorsqu'on vint me chercher. A mon arrivée, je commençai par lui faire prendre trois grains d'émétique dissous dans une médiocre quantité d'eau, dans l'intention de provoquer l'expulsion du corps étranger à l'aide des vomissemens; mais cette médication resta sans effet. Voyant que les symptômes prenaient un caractère plus grave, et instruit des circonstances commémoratives qui avaient accompagné l'accident, je pensai que le corps étranger était volumineux, ou qu'il offrait à sa surface des aspérités qui déchiraient la membrane muqueuse œsophagienne, et produisaient par là tous les accidens mentionnés.

J'introduisis alors dans le pharynx une sonde de gomme élastique assez longue pour pénétrer jusqu'à l'œsophage. A l'aide de ce moyen explo-

rateur, je reconnus que le corps étranger était placé vis à vis du bord supérieur du sternum, à neuf pouces environ de profondeur, à partir des bords alvéolaires; il me parut offrir une surface assez large et être doué d'une consistance très ferme. Me rappelant alors l'instrument de M. le docteur Parent, et le succès qu'il avait obtenu dans une circonstance absolument semblable, j'y suppléai de la manière suivante :

Je pris une tige de fer assez flexible, ayant de quatorze à quinze pouces de longueur sur deux lignes de diamètre. J'adaptai à une de ses extrémités un ressort d'acier, d'un pouce et demi de longueur, libre seulement dans une moitié de son étendue, l'autre moitié étant solidement fixée à la tige de fer par un fil double de soie. A l'extrémité libre de ce ressort, légerement échancrée sur ses bords, je fixai un fil très long, qui s'introduisait par un petit trou pratiqué sur le côté d'une des extrémités de la sonde œsophagienne, parcourait tout l'intérieur de la sonde, et venait ressortir à la partie supérieure de l'instrument. Ce ressort, par l'effet de son élasticité naturelle, formait parfaitement le crochet, qu'on pouvait diminuer à volonté, en retirant plus ou moins le fil. Le tout était renfermé dans une sonde en gomme élastique, ayant quatorze pouces de longueur, ouverte à ses deux extrémités.

Tout étant ainsi disposé, j'introduis cet instrument dans l'œsophage, jusqu'au corps étranger. Parvenu là, j'examine s'il n'existe pas quelque passage, et n'éprouvant aucun obstacle sur un des côtés, j'y fais pénétrer l'instrument. Arrivé au dessous du corps étranger, je pousse la tige de fer pour mettre en liberté le ressort d'acier, et retirant ensuite vers moi l'instrument, je sens une résistance assez forte due à la présence du corps étranger qui se trouve saisi par le crochet. J'imprime graduellement de légers mouvemens de traction, qui déterminent son déplacement, et retirant peu à peu l'instrument qui soulève le corps étranger, je parviens ainsi à l'emmener au dehors. Ce corps était un fragment d'os spongieux, ayant un pouce de longueur.

Cette opération, qui fut très incommode pour le malade, par l'effet des éructations continuelles que provoquaient la présence de la sonde et le chatouillement de la luette, fut pourtant suivie d'un grand soulagement. Tous les phénomenes morbides disparurent graduellement. Il y eut pendant plusieurs jours une abondante expectoration de mucosités sanguinolentes; mais bientôt la déglutition devint libre et facile, et quelques jours suffirent pour achever la guérison.

Rien de ce qui peut simplifier ou rendre plus sûrs, dans leur application, les procédés chirur-

gicaux, ne doit rester ignoré. L'idée fondamentale de MM. Parent et Cassagne consiste à substituer au crochet libre, tel qu'on l'emploie ordinairement, un crochet mobile, élastique, susceptible d'être ouvert ou fermé à volonté, et renfermé dans un tube d'argent ou de gomme élastique. L'élasticité du ressort qui constitue ou fait mouvoir le crochet provoque son écartement, et un fil, attaché à son extrémité libre et rentrant dans la tige de l'instrument, sert à le rapprocher de cette tige et à fermer l'ouverture qu'il présentait. Tel est, si nous avons bien compris la description précédente, le mécanisme du nouvel instrument.

Ses avantages consistent en ce qu'on peut l'introduire fermé, comme une sonde pleine, puis l'ouvrir au dessous du corps étranger, afin de soulever celui-ci ; et s'il est impossible de l'amener au dehors, le dernier avantage de ce crochet consiste à le faire rentrer dans le tube, et à le retirer comme on l'a introduit, sans pouvoir occasioner ni douleur ni déchirure.

Toutes ces combinaisons sont établies sur la supposition d'inconvéniens graves attachés à l'emploi du crochet dont on se sert généralement. Nous avons souvent mis cet instrument en usage, nous l'avons vu appliquer par d'autres un plus grand nombre de fois encore, et jamais il n'a produit, sous nos yeux ou entre nos mains, aucun acci-

dent. Cet instrument est trop flexible, il est trop facile de le dégager en le tournant sur lui-même lorsqu'il accroche et soulève la membrane muqueuse, pour que ces accidens soient beaucoup à redouter. Si cependant quelques personnes n'étaient pas rassurées par ces considérations, le crochet mobile et à gaîne de MM. Parent et Cassagne mériterait leur assentiment : s'il n'est pas certain qu'il soit très utile, il est au moins incontestable qu'aucun inconvénient n'est attaché à son adoption. Mais abordons d'autres faits plus compliqués et plus graves.

Observation *d'une tumeur développée entre le larynx et l'œsophage, à la suite de l'ingest l ı ı os arrêté dans le pharynx;*

Par M. COLLIN,

Chirurgien-aide-major à l'hôpital de Saint-Jean-Pied-de-Port.

J***, âgé de vingt-quatre ans, soldat au 57e régiment de ligne, bien constitué, sentit, le 17 février 1834, en prenant son repas, un os s'arrêter au fond du gosier. Un chirurgien ayant poussé ce corps étranger dans l'œsophage, au moyen d'un poireau, il fut tout à coup soulagé et continua son service comme d'habitude, sans rien sentir. Huit jours après cet accident, étant à l'exercice,

où il eut très chaud, cet homme se découvrit dans un lieu froid, la sueur dont il était couvert se supprima, et il éprouva tout à coup une grande difficulté de respirer. Le mal augmentant avec rapidité, il fut envoyé à l'hôpital de Saint-Jean-Pied-de-Port le 17 mars, vingt-neuf jours depuis l'introduction du corps étranger dans le pharynx, et vingt jours après que cette nouvelle difficulté dans la respiration l'eut repris.

Ce n'est qu'à la suite d'efforts de poitrine très grands et de plusieurs momens de repos qu'il peut donner ces faibles détails : il ressent une douleur sourde dans toute la région antérieure du cou et entre les épaules ; il a quelques quintes de toux et il expectore un liquide muqueux, limpide, mêlé de salive ; la respiration est haute et très fréquente, la bouche reste entr'ouverte, le visage est couvert de sueur, les pommettes sont rouges, les yeux brillans, grandement ouverts On observe un battement notable des ailes du nez, et le malade éprouve le besoin indispensable d'avoir la tête et la poitrine élevées. La dyspnée est surtout très grande lorsqu'il a prononcé quelques paroles ; sa voix est grave, rauque. En aspirant et en expirant l'air, il fait entendre quelques sons tremblotans, qui ont de l'analogie avec ceux du basson. Aucune tumeur ni altération de forme n'existent au cou non plus que sur

le trajet des voies aériennes ; le pouls n'est qu'un peu fréquent; il diffère à peine de l'état naturel; les autres fonctions sont intactes, et l'appétit se fait mieux sentir; le malade assure, en outre, que depuis trois ans il souffre dans l'intérieur du cou. Je porte le doigt vers l'ouverture de la glotte et ne rencontre rien qui ne soit naturel.

Prescription. Vingt sangsues autour du larynx, cataplasmes émolliens, bouillons, bains de pieds sinapisés.

Le lendemain de son arrivée, 18 mars, la nuit a été mauvaise : grande gêne pour respirer, sifflement produit par l'acte respiratoire, espèce de bruit de soupape dans le larynx, que l'oreille, appliquée sur cet organe, fait encore mieux apercevoir; face tuméfiée, salivation abondante et crachats visqueux, sans aucune trace de sang; il semble au malade qu'un corps étranger monte alternativement en haut du larynx, et tombe du côté de la poitrine; fréquence du pouls.

Saignée du bras, vingt grains d'ipécacuanha; sinapisme entre les épaules; lavement purgatif; liniment anodin et cataplasmes sur le cou; eau gommeuse et potion gommeuse, bouillons légers; frictions avec la pommade stibiée en haut du sternum.

Trois vomissemens glaireux ont lieu dans la journée; le malade peut à peine parler : je lui

propose, avec des ménagemens convenables, l'opération de la laryngotomie, et il la refuse absolument ; il espère, dit-il, que dans quinze jours ce qu'il a à la gorge se dissipera, et qu'au surplus il y réfléchira. N'ayant point moi-même une certitude entière de la présence d'un corps étranger à extraire, je n'insistai pas.

Le 19 mars, troisième jour, augmentation des symptômes ; nouvelle saignée du bras, vingt grains d'ipécacuanha, qui procurent quatre vomissemens insignifians et non suivis de soulagement.

Le 20, quatrième jour, dyspnée très forte, inspiration toutes les quatre ou cinq secondes, bruit dans le larynx comme d'un corps flottant ; expectoration de deux gros crachats formés d'un mucus épais mêlé de stries noires ; j'introduis une sonde œsophagienne jusque vers la moitié inférieure de l'œsophage, sans rencontrer aucun obstacle. Le malade n'en éprouva aucune gêne ; je la retirai couverte d'un pus grisâtre lié par des mucosités. Le soir, suffocation, violentes angoisses ; la poitrine est haletante ; le malade s'affaiblit, et il meurt le 21, à cinq heures du matin, après vingt-cinq jours de souffrances continuelles.

Autopsie cadavérique. Cette opération a été faite en présence de MM. Fenech, médecin ordi-

naire de l'hôpital, et Dengouil, chirurgien-major du 18e léger.

Toute la surface du cadavre était pâle.

Les organes placés entre les muscles sterno-mastoïdiens, la mâchoire inférieure, les vertèbres cervicales et le sternum ont été disséqués et enlevés avec précaution.

Le larynx ouvert n'a offert qu'une rougeur légère de sa membrane muqueuse; celle-ci était tapissée d'une faible couche d'un mucus mêlé d'air; sur toute la surface postérieure et interne de cet organe régnait de haut en bas une saillie molle, de la grosseur d'une plume à écrire, et qui diminuait nécessairement la capacité de l'organe.

L'œsophage offrait un ramollissement et une légère perforation vis à vis l'espace des quatrième et cinquième vertèbres cervicales; les bords supérieur et inférieur du corps de ces os étaient superficiellement noirâtres, et offraient l'aspect de la carie; en face de cette altération légère, et derrière le larynx, on voyait une crevasse à l'œsophage; sa direction était perpendiculaire, et elle avait deux lignes de longueur. Les environs et les bords de cette ouverture n'offraient point de traces de rougeur; on peut même dire que toute la surface du tube œsophagien était pâle et décolorée. En pressant au pourtour de l'ouverture dont il s'agit, il en sortait une matière puru-

lente, et un stylet, introduit par cette crevasse, nous fit reconnaître une cavité à laquelle le bouton de cet instrument, promené dans tous les sens, ne put faire découvrir aucune issue qui communiquât dans le larynx. Nous observâmes que la saillie longitudinale, qui était disposée dans cet organe, avait disparu en même temps que la sortie du pus s'effectuait par l'ouverture où le stylet avait été placé, et que le larynx avait repris ses dimensions naturelles.

On prolongea une incision en haut et en bas de l'ouverture de ce foyer, qui, à sa partie inférieure, contenait environ quatre cuillerées d'un pus jaune-grisâtre, exhalant une odeur détestable; au milieu de ce fluide, nous trouvâmes deux pièces cartilagineuses blanchâtres, de la largeur d'un gros pois chacune, convexes au milieu, amincies vers les bords, irrégulièrement carrées; et, de plus, six autres parcelles lenticulaires de même aspect. Le corps ou chaton du cartilage cricoïde manquant entièrement, nous vîmes que ces débris provenaient de ce même cartilage, détruit dans la plus grande partie de son étendue, mais dont on voyait encore deux extrémités rugueuses, disséquées et baignées dans le pus du kyste et allant se réunir en avant.

Cette poche, qui eût pu contenir une grosse noix, avait pour limites toute la surface posté-

rieure du larynx et des deux premiers anneaux de la trachée-artère; sa paroi formée par les membranes muqueuses de l'œsophage et du larynx, ainsi que par le tissu cellulaire qui unit ces parties aux autres organes, avait une ligne au moins d'épaisseur; elle offrait un aspect noirâtre et lardacé, elle criait sous le tranchant qui la divisait; sa surface interne était parsemée de points noirs très durs, et dans l'épaisseur de son tissu, en haut, les muscles aryténoïdiens postérieurs avaient subi une légère dégénérescence fibreuse.

Malgré toutes nos recherches, nous n'avons trouvé aucun corps étranger.

Il est, dans l'exercice de notre art, des momens pénibles et embarrassans; le cas dont il s'agit ici m'en a fait éprouver un de ce genre. L'opération proposée au malade n'eût fait rencontrer aucun corps étranger introduit dans les voies alimentaires et respiratoires; une mort inévitable aurait probablement suivi son exécution, et elle n'eût pas manqué de laisser le regret de n'avoir point abandonné la maladie à la nature; car on espère toujours d'elle, surtout lorsque les tentatives du chirurgien ont échoué.

Je crois ici devoir exprimer qu'il serait utile d'avoir, dans tous les hôpitaux, un crochet œsophagien, formé d'une lame flexible terminée par un

crochet dont le bout serait légèrement renversé en dehors de la tige et finirait par un bouton ; il différerait peu de celui de M. Bégin.

En analysant les phénomènes relatés dans cette observation, on est conduit presque invinciblement à en conclure que, très probablement, une parcelle de la portion spongieuse de l'os avalé s'en est détachée lors de la pression exercée sur lui pour le précipiter dans l'estomac, et a traversé la paroi antérieure de l'œsophage. Cette partie s'est sans doute arrêtée dans le tissu cellulaire qui sépare ce canal de la trachée-artère, où elle a produit un travail très lent d'irritation et la formation du kyste dont on a parlé. Les douleurs du cou, que le malade a dit ressentir depuis trois ans, ou n'existaient pas, ou se rapportaient à la lésion des vertèbres ; mais c'est bien manifestement lors de l'ingestion de l'os et des efforts réitérés pour l'enfoncer que débutèrent la dyspnée et tous les symptômes aigus de la maladie devenue si promptement mortelle.

Observation *d'un corps étranger arrêté dans l'œsophage;*

Par M. ROY,

Chirurgien-aide-major au 9e régiment d'infanterie légère.

En 1832, au mois de septembre, époque où l'état-major et la moitié du 1er bataillon du 9e léger tenaient garnison à Aurillac, le chasseur P***, de la 5e compagnie, avala, en mangeant sa soupe avec gloutonnerie, un fragment de côte de bœuf, d'un pouce de longueur sur huit lignes de largeur, présentant la figure d'un carré allongé et quatre angles assez aigus, surtout ceux qui avaient été formés par la séparation du fragment d'avec le corps de la côte. Ce corps étranger s'était arrêté dans l'œsophage, à la partie de ce canal qui correspond au cartilage cricoïde, et déterminait à l'extérieur une saillie qu'on distinguait facilement au côté droit du cou.

Après avoir questionné et examiné attentivement cet homme, pour lequel on était venu me chercher aussitôt après l'accident, j'appris qu'il ressentait seulement une douleur sourde, devenant aiguë durant les mouvemens de déglutition, et une gêne assez considérable dans l'acte de la respiration. Je fis d'abord quelques tentatives à l'extérieur pour déplacer le fragment

osseux, et m'assurer qu'il pourrait être extrait facilement; mais elles furent infructueuses. Ensuite, je cherchai à connaître sa position réelle dans l'œsophage, et me servis, pour cette opération, d'une tige de baleine, cylindrique et flexible, longue d'environ un pied, à une extrémité de laquelle était fixé un morceau d'éponge fine : par ce moyen, je pus m'assurer que le corps étranger était placé obliquement de haut en bas dans son plus grand diamètre; que la saillie que j'apercevais à l'extérieur était produite par deux des angles du quadrilatère, et qu'enfin une de ses faces, qui se trouvait supérieure, était obliquement placée de manière à présenter un plan oblique d'arrière en avant et dans son sens le plus étroit.

N'ayant pas de pinces recourbées sous la main, je fis quelques essais avec la tige de baleine, à l'effet de déplacer et de faire remonter le corps étranger, mais je n'y pus parvenir : alors, en attendant que je me fusse procuré les instrumens nécessaires pour en faire l'extraction, je me décidai à faire prendre au chasseur P*** trois grains de tartrate antimonié de potasse dans deux verres d'eau tiède; au second vomissement déterminé par ce sel, il rejeta avec force, et mêlé avec quantité de soupe non encore digérée, le fragment osseux

dont la présence dans le conduit pharyngo-gastrique l'inquiétait vivement.

L'œsophage étant un canal musculo-membraneux à parois peu épaisses, et par conséquent très dilatables, il sera le plus souvent facile, à mon avis, de le débarrasser, par le vomissement, des corps étrangers qui s'y seront fixés, lorsqu'au préalable l'estomac sera rempli de substances alimentaires solides. En effet, ces matières, chassées avec force par l'estomac et les muscles qui agissent dans le vomissement, dilateront le canal et faciliteront le déplacement du corps étranger qui, le plus souvent, ne pourra résister à leur choc répété, et sera ainsi chassé au dehors.

Ce moyen me semble devoir prévenir souvent la nécessité d'une opération qui, toute facile qu'elle est pour quelques chirurgiens exercés, peut cependant, dans certains cas, produire des accidens fâcheux chez les personnes sur lesquelles elle est pratiquée : je veux parler de l'œsophagotomie.

Observation *d'une perforation de l'œsophage par un fragment d'os; laryngo-trachéite chronique consécutive; aphonie; marasme;*

Par M. FORTUNER, D.-M. P.,
Chirurgien-aide-major au 5e régiment de chasseurs.

Le mémoire de M. Bégin, contenu dans le dernier volume du *Recueil de médecine et de chirurgie militaires*, m'a engagé à rédiger l'observation suivante, qui est une nouvelle preuve des dangers qu'entraîne la présence des corps étrangers dans l'œsophage.

G***, brigadier au 5e régiment de chasseurs, âgé de vingt-cinq ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une bonne constitution, en mangeant la soupe avec trop de précipitation, avala un fragment d'os qui s'arrêta dans l'œsophage. Appelé de suite, je cherchai en vain à reconnaître la présence de ce corps étranger et à le retirer au moyen de pinces courbes et d'une tige de baleine, garnie à son extrémité d'une éponge fine, que je remplaçai par une plus forte, pour le refouler vers l'estomac. Tous ces efforts ayant été infructueux, et fatiguant beaucoup le malade, qui se plaignait de douleurs vives chaque fois que je les renouvelais, je fis chercher M. Goubot, chirurgien-major, qui, après quelques nou-

velles tentatives, fut d'avis qu'il fallait cesser toutes ces recherches et administrer deux grains de tartre antimonié de potasse. Les vomissemens n'ayant produit aucun résultat, cet homme fut envoyé à l'hôpital le 20 mai 1831.

Il survint, durant les premiers jours, un gonflement considérable de la région cervicale gauche. On eut recours aux émissions sanguines et aux cataplasmes émolliens pour apaiser la vive irritation locale qui s'était développée et borner l'inflammation. La déglutition était très douloureuse; pendant vingt jours, on fut obligé de nourrir ce malade avec du bouillon et du lait, à l'aide de la sonde œsophagienne et de remplacer les boissons par des tranches d'orange. G*** affirmait sentir l'os au dessous du cartilage cricoïde et à gauche.

Le 7 juin, il commença à cracher du pus provenant de l'œsophage et à exhaler une odeur désagréable. La déglutition étant moins difficile, on put se passer de la sonde œsophagienne et prescrire des potages légers, des préparations féculentes et autres alimens analogues. Le larynx et la trachée-artère s'enflammèrent consécutivement; ce qui fut annoncé par de la douleur dans ces parties, l'altération de la voix, qui finit par s'éteindre complétement, la dyspnée et une toux opiniâtre avec expectoration. Le malade s'affaiblissait de plus en plus, et rendait une assez

grande quantité de matière mucoso-purulente.

Cet état durait depuis trois mois, lorsqu'en ouvrant un abcès à la partie latérale gauche du cou, un peu au dessus du sternum, on rencontra un fragment d'os assez mince, rugueux, long de huit lignes et offrant une extrémité pointue, par laquelle il avait dû s'engager dans les chairs.

Je pensais que, la cause étant enlevée, la guérison ne se ferait pas attendre long-temps; je fus trompé dans mes espérances. La plaie, qui avait donné issue au corps étranger, ne tarda pas à se cicatriser; mais la laryngo-trachéite continua à faire des progrès. G*** éprouvait une douleur constante au larynx et à la trachée-artère, de la dyspnée, ne parlait qu'à voix basse et toussait beaucoup. L'expectoration était aussi abondante et de même nature. Lorsqu'il voulait manger ou boire, il était forcé de porter un peu la tête en arrière et d'exercer avec la main des mouvemens sur le larynx pour faciliter la descente des alimens et des boissons, et suppléer à l'action des muscles du pharynx, qui ne s'exécutait qu'imparfaitement. Il était réduit à un tel état de maigreur, qu'il était difficile de le reconnaître.

Réformé le 11 octobre 1831, cinq mois après l'accident, ce militaire retourna dans sa famille, où il aura probablement succombé à la phthisie

laryngée. Depuis son départ, il m'a été impossible de me procurer des renseignemens sur les suites de sa maladie.

Ce fait intéressant m'a convaincu du danger de chercher à repousser dans l'estomac les fragmens d'os ou autres corps aigus qui peuvent s'engager dans l'œsophage. Les tentatives de cette nature sont douloureuses, et ne font qu'enfoncer davantage dans les chairs les parties saillantes de ces corps étrangers ; si elles réussissent quelquefois, ce n'est qu'après avoir déchiré la muqueuse et les tissus sous-jacens, et causé une œsophagite plus ou moins grave, selon l'étendue du déchirement et les aspérités que présentent les corps, qui ne se trouvent pas mieux placés dans l'estomac, où ils peuvent déterminer de nouveaux accidens. Cette manœuvre n'offre plus les mêmes inconvéniens pour les corps polis ou mous, et peut être employée contre eux avec avantage.

Lorsque les pinces droites ou courbes ne suffisent pas pour retirer les portions d'os engagées trop profondément, on peut, avec espoir de succès, administrer un vomitif.

Il y a deux mois, mon collègue, M. Devineau, fut appelé pour un chasseur qui avait avalé un os avec la soupe : ne pouvant le saisir avec des pinces, il prescrivit deux grains de tartrate antimo-

nié de potasse, et le premier vomissement ramena un fragment d'os de neuf lignes de hauteur sur cinq d'épaisseur, qui devait obstruer l'œsophage.

Lorsque ces premières tentatives ont échoué, l'œsophagotomie, rendue si simple par le procédé de M. Bégin, doit être pratiquée sans retard. En agissant ainsi, on évite l'inflammation qu'entraîne infailliblement la présence de ces corps étrangers, et on éloigne les dangers de l'opération, qui sont d'autant plus redoutables que l'on tarde plus long-temps à la pratiquer.

Ces considérations, suggérées par la fréquence d'accidens semblables dans les régimens, pourraient être poussées plus loin; mais elles n'ajouteraient que peu à ce qui a déjà été exposé sur ce sujet.

Observation *d'un corps étranger arrêté dans l'œsophage;*

Par M. GRILLOIS,

Chirurgien-sous-aide à l'hôpital militaire de Nancy.

C***, cuirassier au 7e régiment, d'un tempérament sanguin, d'une constitution athlétique, était atteint d'un catarrhe bronchique chronique, dont l'invasion remontait à cinq mois, et pour lequel il n'avait jamais réclamé les secours de la médecine, lorsqu'il ressentit, le 23 janvier, en

mangeant la soupe, une vive douleur à la région pharyngienne, accompagnée d'un sentiment violent de strangulation. Il assura aussitôt avoir avalé un os.

Cet homme est amené de suite à l'hôpital. La respiration est difficile, la face violacée, l'anxiété extrême ; les mouvemens de déglutition sont douloureux et presque impossibles. Le malade indique du doigt le point douloureux, et la partie du pharynx ou de l'œsophage où il sent le corps étranger. D'après ses indications variées, le corps paraît libre dans le canal, puisque, tantôt il le sent plus haut, tantôt plus bas, à une distance variable d'un à deux pouces (1).

J'essaie, à plusieurs reprises, l'introduction de la sonde œsophagienne, même garnie à son bec d'un peloton de fil ou d'une éponge ; elle pénètre sans difficulté jusqu'à l'estomac, sans qu'aucun signe puisse faire reconnaître l'existence du corps que je cherche. Pendant deux heures, le malade prétend éprouver, à chaque tentative, des oscillations du corps étranger, qui semble tantôt plus haut, tantôt plus bas, et voyageant toujours de la partie moyenne du pharynx à la partie supérieure de l'œsophage.

---

(1) Ces sensations sont fréquentes et presque toujours illusoires en pareils cas. (*N. D. R.*)

Deux grains d'émétique, en deux doses, et plusieurs potions huileuses sont alors administrés sans succès; de nouvelles introductions de la sonde œsophagienne sont encore tentées en vain; des pommes de terre et de la mie de pain frais, avalées par le malade, dans l'intention d'envelopper et d'entraîner le corps étranger, restent encore sans effet. Enfin, des saignées locales et générales n'ayant produit aucun résultat, le malade est abandonné aux efforts de la nature, cette détermination étant d'ailleurs motivée sur la crainte d'augmenter, par la multiplicité des efforts, l'irritation déjà existante.

A la visite du 24, même état : une bouillie pour aliment, de l'eau gommeuse pour boisson; un lavement émollient. Mêmes prescriptions les jours suivans. Cependant, au bout de quelques jours, la douleur locale est moins vive et moins circonscrite; elle occupe tout le thorax et une partie de l'œsophage; le malade n'indique plus le point où il sent arrêté le corps étranger. C*** reste un mois dans cet état, et alors on se croit autorisé à nier l'existence d'un corps étranger, qui d'ailleurs a résisté à tous les moyens d'investigation, et l'on pense avoir affaire à une phthisie laryngée. En conséquence, le malade est évacué dans une salle de fiévreux, le 24 février.

La faiblesse et la maigreur sont extrêmes, la

voix presque éteinte ; une toux opiniâtre, accompagnée de crachats purulens, accable le malade, et développe incessamment de la douleur aux parties affectées.

Le régime alimentaire, consistant en soupe et bouillie, est continué ; on y ajoute, pendant les premiers jours : eau gommeuse (bis), looch kermétisé, lait édulcoré pour boisson.

Le 3 mars, nulle amélioration, agitation, anxiété extrême, insomnie. L'eau gommeuse est remplacée par une tisane pectorale, le looch par des pilules d'opium. Les jours suivans, on ajoute une potion d'oxymel scillitique, et, de temps à autre, des pédiluves sinapisés.

Cependant l'état du malade est toujours alarmant. La douleur et la gêne augmentent au cou ; un moxa, brûlé sur la partie antérieure de cette région, n'y apporte point d'amélioration, et aucun moyen ne paraissait plus pouvoir être tenté, lorsque, le 26 mars, à trois heures de l'après-midi, après avoir mangé quelques pruneaux, le malade ressent une douleur violente qui semble descendre le long de l'œsophage, accompagnée de nausées et de malaise à la région épigastrique ; et, après quelques efforts, il rend, au milieu d'alimens non encore digérés, et en présence de plusieurs témoins, un os volumineux et triangulaire. Un des côtés de ce corps a quinze lignes d'éten-

due, le second douze, et le troisième sept. Il est intact, et ne présente aucune trace de ramollissement ni de désorganisation quelconque. Ses angles sont tronqués et garnis de dentelures, et une de ses faces présente une crête d'environ une ligne et demie d'élévation, également rugueuse et chagrinée. Il est, je crois, difficile d'indiquer le point du tube digestif qui aura pu recéler si long-temps un corps étranger doué de telles dimensions, puisqu'aucune douleur bien circonscrite n'était accusée par le malade.

Depuis ce jour, l'état de celui-ci paraît plus satisfaisant : cependant de graves désordres ont dû être occasionés, et l'on ne saurait encore être certain de le sauver.

Cette dernière observation, et celle de M. Fortuner, offrent deux exemples, aussi curieux que rares, de ce que la nature peut faire pour délivrer et guérir les sujets chez lesquels des corps étrangers sont arrêtés dans l'œsophage. Et cependant quel a été le résultat de ces efforts prodigieux de l'organisme pour assurer sa conservation? Les deux malades souffrent pendant plusieurs mois, éprouvent de graves accidens, sont amaigris, épuisés, réduits à l'état de marasme, et quand enfin, chez l'un, un abcès formé au cou donne issue au corps étranger, et, chez l'autre, la suppuration détache et le vomissement entraîne

le fragment d'os depuis si long-temps fixé dans les parties, les viscères thoraciques et abdominaux ont éprouvé de si profondes atteintes, que la guérison est encore plus que douteuse.

Nous n'avons jamais nié que la nature ne puisse éliminer les corps étrangers fixés dans les voies digestives ; nous avons rapporté, au contraire, des exemples de cette heureuse terminaison. Mais nous avons prétendu, en opposant l'expérience à des faits trop rares, et trop souvent invoqués pour justifier une inaction timide, que ces cas sont les moins ordinaires, que presque toujours les sujets succombent, soit aux accidens aigus, soit aux lésions chroniques déterminées par la présence des corps étrangers abandonnés à eux-mêmes, et les observations rapportées plus haut sont loin d'infirmer cette règle.

Si l'on rapproche les phénomènes décrits par MM. Fortuner et Grillois de ceux que M. Collin a observés, on ne pourra se refuser à reconnaître entre eux, non seulement une grande analogie, mais une presque complète similitude. La comparaison de ces trois observations ne permettra guère de douter que le sujet de la première n'ait succombé à une lésion semblable à celles qui ont, provisoirement du moins, épargné les deux autres.

Nous ne saurions donc trop le répéter : lorsque des corps étrangers anguleux et osseux sont ar-

rêtés dans l'œsophage, que l'homme de l'art emploie d'abord tous les moyens qui sont à sa disposition pour les retirer ou les faire expulser; mais s'il ne réussit pas, si ses efforts, assez long-temps et judicieusement continués, restent sans résultat, qu'il incise le cou, qu'il aille à la recherche et qu'il opère l'extraction des corps étrangers. L'opération fera courir au malade des dangers vingt fois moindres que ceux qui résulteront du développement des accidens auxquels on ne pourra le soustraire. Ici, comme en beaucoup d'autres cas de chirurgie, il ne faut rien précipiter; mais on ne doit pas craindre d'agir avec vigueur, lorsque la nécessité de le faire devient manifeste.

MÉMOIRE

SUR

LE TRAITEMENT DES ÉRYSIPÈLES A L'AIDE DES CORPS GRAS;

Par M. BARTHEZ, D.-M.,
Médecin-adjoint à l'hôpital militaire du Gros-Caillou.

Depuis la plus haute antiquité jusqu'à nos jours, les médecins ont généralement recommandé d'éviter, dans le traitement de l'érysipèle, l'application des topiques de toute espèce, et surtout l'emploi des corps gras. L'habitude trop commune de respecter les opinions des anciens, et de les maintenir au rang des vérités incontestables, a retardé considérablement les progrès de la thérapeutique et favorisé l'étude de l'anatomie pathologique, qui seule a suffi, pendant ces dernières années, pour occuper l'esprit essentiellement investigateur des médecins de notre époque. Le peu de progrès utiles que ce genre d'études a fait faire à la médecine pratique n'a pas peu contribué à en détourner les hommes éclairés, et à les

diriger vers l'étude des faits thérapeutiques, afin de rapprocher, autant qu'il est possible, la science médicale des sciences exactes.

N'ayant pas tous les jours des corps nouveaux, des combinaisons nouvelles à examiner, il a fallu parfois revenir sur ses pas, interroger encore des faits déjà connus, et réexaminer des propositions consacrées, qui n'avaient souvent que l'apparence de la vérité. D'importans résultats ont déjà été obtenus par suite de ces travaux. C'est ainsi, entre beaucoup d'exemples que l'on pourrait citer, qu'il a été récemment démontré qu'il y a beaucoup moins d'inconvéniens à arrêter le cours des exanthèmes, soit aigus, soit chroniques, de même que les exutoires et les diarrhées, qu'on ne l'avait cru jusqu'à présent. M. Marloy est un des médecins qui sont le plus heureusement revenus sur le passé, en appliquant avec succès un corps gras, l'onguent mercuriel, sur un érysipèle de la face. Mais un seul cas contre une opinion depuis si long-temps accréditée eût été insuffisant; il fallait de nombreuses expériences pour établir, d'une manière positive, l'efficacité de l'onguent mercuriel, et s'assurer en même temps que cette médication est incapable de produire la délitescence de l'irritation cutanée. Des faits multipliés, quoique non constans, sont venus confirmer, du moins en partie, la découverte de M. Marloy.

Dans cet état de choses, j'ai cru utile de rechercher les circonstances dans lesquelles l'action de l'onguent mercuriel est véritablement utile; d'examiner ensuite si la graisse, les huiles et le cérat jouissaient de la même propriété, et s'il n'y avait pas d'inconvénient, comme on l'avait cru jusqu'à présent, d'appliquer ces substances sur les inflammations érysipélateuses. Quelques faits, comme on pourra le voir par les observations suivantes, ont prouvé que la graisse seule est tout aussi efficace que lorsqu'on la mélange avec le mercure, et peut, par conséquent, remplacer avantageusement l'onguent mercuriel, sans laisser à craindre, comme quelques médecins l'ont pensé, l'effet nuisible du métal qu'il contient. Les huiles et le cérat ont agi d'une manière moins satisfaisante; néanmoins j'en rapporterai les observations, afin de prouver que ces applications n'ont jamais produit d'accidens fâcheux. On remarquera également que les onctions avec les corps gras sur le siége du mal ont procuré souvent des guérisons presque subites, et que si, d'autres fois, elles ont été sans effet, jamais, je le répète, je n'ai eu à m'en plaindre.

Pendant que j'étais occupé à recueillir ces faits intéressans, je lisais dans *la Gazette médicale* trois observations sur le danger des érysipèles de la face, rapportées par M. Malle, et dont le résultat

fut toujours funeste, malgré les émissions sanguines très abondantes et l'absence de toute espèce de topique. Certes, on n'eût pas manqué d'attribuer cette terminaison à la délitescence de l'irritation cutanée sur le cerveau, si l'on eût employé les onctions graisseuses. A cette époque, plusieurs malades, dont les symptômes paraissaient être en rapport avec ceux décrits par M. Malle, furent traités par les onctions avec les corps gras, et tous guérirent parfaitement.

Il est vrai de dire, toutefois, que les émissions sanguines procureront souvent des succès, et que c'est même le moyen le plus généralement employé; mais il arrive fréquemment aussi qu'elles sont sans résultat, ainsi que le constatent une foule d'observations, celles entre autres de M. Malle, dont je viens de parler. Et, en supposant même qu'on obtienne autant de guérisons par une méthode que par l'autre, une seconde question se présente encore, qui est de savoir laquelle de ces deux méthodes guérit le plus vite. Or, il est naturel de penser, et l'expérience d'ailleurs le prouve, que le meilleur moyen de calmer une inflammation, c'est de tirer du sang; mais n'y a-t-il donc que ce moyen pour calmer et guérir en même temps les inflammations érysipélateuses? Non assurément, puisque la graisse a la propriété, comme la saignée, et mieux que la saignée, de détruire, dans

cette circonstance, la douleur âcre et brûlante de l'érysipèle, d'une manière instantanée, et d'arrêter en même temps la fièvre qui en est le plus ordinairement l'effet, en privant la partie enflammée du contact de l'air atmosphérique, de manière à guérir, par ce moyen ou par tout autre mécanisme que nous ignorons, cette espèce d'inflammation plus promptement que ne le fait la saignée. C'est pour n'avoir pas connu jusqu'à présent cette propriété des corps gras, qu'on a employé et qu'on emploie encore dans tous les cas les émissions sanguines, qui permettent à l'érysipèle de parcourir plus tranquillement ses périodes, de faire pendant plus long-temps souffrir le malade, et d'exposer par conséquent davantage ses jours.

D'après ce que j'ai pu observer, il paraîtrait que l'inflammation érysipélateuse ne serait pas une inflammation comme celle qui a lieu sur les membranes muqueuses pulmonaires ou gastriques; elle serait le résultat d'une cause particulière, *sui generis*, agissant, d'après quelques médecins, sur la couche dermoïde la plus superficielle de la peau. Mais, ce qu'il y a de certain, c'est qu'elle disparaît parfois avec une rapidité tellement grande, sous l'application d'un corps gras, qu'il est impossible de ne pas considérer cette action comme spécifique, et la maladie elle-même comme constituée par une inflam-

mation spéciale. Cette opinion deviendra plus vraisemblable encore, si l'on rapproche les unes des autres les nombreuses guérisons qu'on obtient, soit par les vésicatoires appliqués sur le lieu du mal, soit par la cautérisation avec le nitrate d'argent, dans le zona, soit enfin par le cautère actuel, comme le fait avec succès M. le baron Larrey, au pourtour et à la surface de l'érysipèle. Toutes ces considérations sont propres à confirmer cette pensée que l'inflammation érysipélateuse n'est pas une inflammation ordinaire, excepté dans les cas auxquels on donne à tort, selon moi, le nom d'érysipèles, et où la phlogose, étant le résultat d'une cause extérieure, accidentelle, réclame d'une manière spéciale l'emploi des émissions sanguines.

Les personnes douées d'un tempérament lymphatique, dont la peau est fine et très impressionnable, sont celles qui ont obtenu de l'application des corps gras une guérison presque constante; tandis que celles dont la peau est brune, épaisse, et dont la perspiration cutanée est difficile, n'en ont pas éprouvé d'aussi bons effets : l'érysipèle, dans ces cas, a toujours continué sa marche ordinaire. Et, d'une autre part, si l'érysipèle vrai, qui tantôt est fixe et tantôt ambulant, a cédé généralement à l'action des corps gras, il n'en a pas

été de même de l'érysipèle phlegmoneux, qui a constamment résisté à cette médication.

Ces recherches ont eu pour but, si elles n'ont pour résultat, de détruire, ou tout au moins de modifier, l'opinion trop scrupuleusement conservée dans la pratique, et qui se trouve reproduite par la plupart des médecins, savoir, que dans toute espèce d'érysipèle aigu les topiques sont toujours plus nuisibles qu'utiles.

PREMIÈRE OBSERVATION.

G***, jeune soldat au 29e régiment d'infanterie de ligne, d'un tempérament lymphatique et d'une forte constitution, entra à l'hôpital militaire de Lyon le 25 août 1833, pour y être traité d'une pneumonie intense du côté gauche. Après avoir employé les moyens qu'en pareil cas la médecine enseigne, une petite toux, avec une expectoration muqueuse, existait encore, lorsqu'il fut pris, le 5 juin, d'une parotidite aiguë, avec un érysipèle de la face, qui, dans les vingt-quatre heures, parvint à envahir toute la joue du côté gauche, ainsi que l'oreille correspondante. A l'apparition de cet exanthème, la fièvre se ralluma, et le malade fut mis de suite à l'usage du bouillon pour toute nourriture, avec une infusion de bourrache miellée pour boisson; l'érysipèle

fut recouvert d'une couche légère d'onguent mercuriel. La douleur, au rapport du malade, cessa subitement après l'application de l'onguent. La nuit fut calme, et G*** put jouir de quelques momens de repos.

Le 6, l'érysipèle avait diminué d'étendue; la rougeur était moins vive et la douleur peu sensible. Mêmes prescriptions.

Le 7, l'érysipèle a disparu; la peau est recouverte d'une foule de petites rides; la couleur rouge de la face a pris une teinte jaunâtre. On continue le même traitement, moins les onctions.

Le 10, la desquamation occupe tous les points précédemment enflammés, et la toux, qui avait en partie cessé pendant l'apparition de l'exanthème, reprend son cours et son intensité, ce qui n'empêche pas le malade de se rétablir et de sortir quelque temps après, parfaitement guéri, de l'hôpital.

D'après cette observation, il est évident qu'on ne peut attribuer le changement subit, qui s'est opéré chez cet homme, qu'à l'action de l'onguent mercuriel. On remarquera ensuite que, malgré la délitescence de l'irritation cutanée, si délitescence il y a, l'affection pulmonaire n'a pas augmenté un seul instant, et que le malade est sorti de l'hôpital parfaitement guéri.

DEUXIÈME OBSERVATION.

D***, âgé de 24 ans, d'un tempérament lymphatique, soldat au 27e régiment d'infanterie de ligne, entra à l'hôpital militaire de Lyon pour un érysipèle de la face, qui, depuis deux jours, avait envahi le nez, les deux joues, ainsi que les oreilles. Je ferai observer en passant que le tempérament lymphatique est celui qui a fourni le plus de malades à notre observation; cette remarque est d'ailleurs en rapport avec l'opinion générale des médecins, qui disent que les femmes sont plus sujettes à l'érysipèle que les hommes. Sur la surface des joues de notre malade, on voyait plusieurs bulles plus ou moins distendues par la présence d'une sérosité jaunâtre; les paupières étaient tellement gonflées, qu'il était impossible de découvrir les yeux; le pouls était dur, fréquent; la soif vive, la langue épaisse, saburrale; les urines rouges et l'abdomen douloureux, à l'épigastre seulement. L'abattement général dont s'accompagnaient tous les symptômes donnait, sur l'issue de cette affection, de vives inquiétudes.

Le 10 mai 1833, jour de son entrée à l'hôpital, D*** fut mis à la diète; tisane d'orge miellée et nitrée pour boisson; onctions avec l'onguent mercuriel, plusieurs fois répétées, dans les vingt-quatre heures; pédiluve sinapisé; potion calmante pour la nuit.

Cette nuit du 10 au 11 se passa tranquillement; quelques douleurs vinrent néanmoins de temps à autre troubler le sommeil du malade. Il était évident qu'une amélioration s'était déjà opérée, puisque la nuit précédente avait été très mauvaise, et que l'agitation du sujet l'avait porté à tenter plusieurs fois de sortir de son lit. A la visite du matin, l'érysipèle n'avait pas augmenté. Bouillon léger ; mêmes prescriptions.

Le 12, la nuit avait été calme ; la tuméfaction des paupières a beaucoup diminué, car le malade commence à ouvrir les yeux, et la rougeur de la face a perdu de son intensité. Les mêmes moyens sont continués.

Le 13, tous les symptômes alarmans ont disparu ; une teinte jaunâtre remplace la couleur rouge livide de l'érysipèle, et la desquamation est apparente déjà sur plusieurs points de la face ; tandis que des croûtes brunâtres remplacent les anciennes bulles ; la langue est humide, et l'appétit commence à se faire sentir. Soupe au lait ; le reste comme la veille, moins les onctions.

Le 14 et le 15, on augmente graduellement les alimens ; on fait prendre au malade une potion purgative, et, le 26, D*** sort guéri de l'hôpital.

Cette observation ne permet pas d'avoir le moindre doute sur l'action qu'à juste titre on

peut appeler spécifique, de l'onguent mercuriel, surtout si l'on fait attention que ce militaire, trois mois avant, avait été atteint d'un érysipèle de la face, qui avait parcouru tout le bras, et lui avait, pendant quinze jours que dura sa maladie, fait éprouver les douleurs les plus vives, tandis que l'onguent mercuriel l'avait soulagé *miraculeusement.* C'était son expression.

TROISIÈME OBSERVATION.

F***, jeune soldat au 29e régiment d'infanterie de ligne, d'un tempérament sanguin et d'une forte constitution, se présenta à l'hôpital militaire de Lyon le 25 mai 1833, atteint d'un érysipèle de la face, qui avait paru depuis la veille. A la visite du 26, le malade présentait les symptômes suivans : rougeur érysipélateuse occupant le nez et toute l'étendue de la joue gauche; gonflement considérable des paupières de cet œil, de manière à rendre la vue tout à fait impossible; chaleur âcre et brûlante sur tous les points enflammés; langue rouge et épaisse; pouls dur et fréquent; épigastre insensible à la pression; tête douloureuse et pesante. Saignée de huit onces, tisane de chiendent et de bourrache nitrée, lavement laxatif, onctions avec l'onguent mercuriel.

Le 27, l'expression du bien-être est peinte sur le visage du malade; une amélioration déjà nota-

ble s'était opérée dans tous les symptômes. L'érysipèle avait cependant augmenté d'étendue, car il avait envahi l'oreille, ainsi qu'une grande partie du derme chevelu de la région temporale gauche. Les douleurs de tête ayant augmenté dans la soirée, on jugea convenable de renouveler la saignée. On continua néanmoins l'application de l'onguent mercuriel, et un bain de pieds sinapisé fut ajouté à la prescription de la veille.

Le 28, le côté gauche de la face est dans le même état; mais il n'en est pas de même de la joue droite, qui se trouve entièrement couverte par l'érysipèle. Même prescription.

Le 29, le malade a passé une bonne nuit, bien que l'érysipèle n'ait pas diminué d'étendue. Bouillon matin et soir. Même traitement.

Le 30, une sueur abondante s'est manifestée pendant la nuit : l'érysipèle paraît marcher vers une issue favorable. Il reste cependant une petite tumeur située dans l'épaisseur de la paupière inférieure du côté gauche, qui laisse des doutes sur la terminaison bien franche de la maladie; la présence d'une très petite quantité de pus y avait été déterminée, et l'ouverture, en attendant une plus grande collection, renvoyée au lendemain; mais à cette époque l'abcès s'était dissipé; le malade, toutefois, n'allait pas plus mal.

Le 20 juin, F*** était parfaitement guéri, il

mangeait les trois quarts et demandait à sortir; on l'engagea à rester encore quelques jours, ne le croyant pas assez fort pour pouvoir reprendre son service, lorsque, le 26, après une nuit fort agitée, et sans cause connue, ce malade fut pris d'un second érysipèle à la face. On reprit aussitôt, avec le même traitement, l'usage des onctions.

Le 27, nous trouvâmes le malade dans le même état que lors de son entrée à l'hôpital, et tous les symptômes qui avaient accompagné cette affection étaient revenus avec la même intensité. Diète, onctions avec de la graisse fraîche, au lieu de l'onguent mercuriel, répétées plusieurs fois le jour et la nuit.

Le 28, mieux très sensible, tous les symptômes alarmans ont disparu; le malade s'était senti soulagé dès la première application de la graisse. Même traitement.

Le 29, l'amélioration continue toujours. Même prescription. Bouillon matin et soir.

Le 30, l'état du malade est on ne peut plus satisfaisant; on commence à donner de légers alimens, la peau reprend sa couleur naturelle, et la desquamation s'établit sur tous les points précédemment enflammés. L'infirmier de la salle, craignant que la graisse ne s'introduisît dans les yeux du malade, avait négligé d'en mettre sur les paupières, qui conservaient encore la tuméfac-

tion et la même rougeur de la veille. Limonade tartro-boratée, un litre ; onctions graisseuses sur les paupières.

Le 1er juillet, la limonade a produit trois garde-robes, le gonflement des paupières a disparu, et le malade se trouve guéri. Néanmoins un léger empâtement persiste encore, pendant quelques jours, sur les divers points de la face qui ont été le siége de l'érysipèle, et quinze jours après, ce militaire sort de l'hôpital, parfaitement guéri.

Plusieurs réflexions naissent de cette observation. La première est relative à l'action de l'onguent mercuriel, qui a été sans effet heureux, ainsi que sans danger ; car il est probable que c'est plutôt à la sueur abondante qu'a éprouvée le malade pendant la nuit, qu'à l'action de l'onguent, qu'il faut attribuer la première terminaison de l'érysipèle. La seconde concerne la graisse, qui a agi avec autant d'efficacité et de promptitude que le fait l'onguent mercuriel dans d'autres circonstances. Je ferai observer que l'état de F*** offrait une grande analogie avec ceux des sujets dont M. Malle a rapporté l'histoire, et qui, avant de mourir, avaient tous présenté des abcès aux paupières. Devons-nous ce résultat à l'action de la graisse agissant ici d'une manière spécifique? Cette observation, du moins, tendrait à le prouver ; car nous avons vu que, malgré l'emploi des émissions

sanguines et l'absence de toute espèce de topiques, les autres malades ont succombé.

QUATRIÈME OBSERVATION.

L***, soldat au 11e régiment d'infanterie de ligne, fut pris, quatre jours avant son entrée à l'hôpital de Lyon, d'un érysipèle de la face, qui avait été précédé, depuis vingt jours, par une diarrhée qui le forçait d'aller de vingt à vingt-cinq fois à la selle par jour.

Le 25 juin, jour de l'entrée du malade à l'hôpital, L*** présentait les symptômes d'une affection gastro-intestinale des plus intenses, avec prostration des forces, langue rouge sur ses bords et recouverte, à son centre, d'une couche épaisse de matière jaunâtre; grande difficulté d'avaler, soif ardente, pouls dur, petit et fréquent; abdomen douloureux dans toutes ses parties, urines rares et fortement colorées.

On remarquait, sur le nez et la joue du côté gauche, un large érysipèle, présentant sur quelques points de son étendue, plusieurs petites vésicules remplies d'une sérosité jaunâtre; la joue droite n'était pas encore malade, mais on voyait, à la chaleur et un peu à la couleur de la peau, qu'elle était dans les dispositions les plus favorables pour s'enflammer. Néanmoins, malgré l'état critique de ce malade, malgré la réprobation gé-

nérale de l'usage des corps gras, nous n'hésitâmes pas à faire recouvrir les points enflammés, et un peu au delà, d'une couche, plusieurs fois répétée nuit et jour, de graisse fraîche. Diète, eau de riz gommée pour boisson, gargarismes adoucissans, lavement amylacé et opiacé matin et soir, potion anodine pour la nuit, cataplasmes émolliens sur le ventre seulement. L'état du malade ne permettait plus d'avoir recours à l'application des sangsues, la diarrhée avait déjà trop affaibli ses forces.

Le 26, la nuit a été fort agitée : des rêvasseries et des gémissemens continuels sont venus troubler son sommeil ainsi que celui de tous les malades de la salle ; on remarque en même temps que l'érysipèle a pris de l'extension, la joue droite est toujours dans le même état. Même prescription. Le soir, les selles ayant augmenté, on donne une potion gommée, avec un gros d'électuaire diascordium.

Le 27, le malade était très faible, il n'avait été que deux fois à la selle pendant la nuit, la langue n'était plus aussi épaisse, ni le pouls aussi dur ; la joue du côté droit présentait de légères rides et une teinte jaunâtre de la peau. Bouillon matin et soir, le reste comme la veille.

Jusqu'au 30, on continue les mêmes moyens ; mais, à dater de ce jour, la maladie marche d'une manière franche vers la guérison : on supprime

les onctions graisseuses ainsi que la potion avec le diascordium. Le 1er juillet, le malade entre en pleine convalescence ; on augmente graduellement la nourriture, et, quelques jours après, il sort, guéri, de l'hôpital.

Cette observation nous offre un cas d'érysipèle compliqué de gastro-entérite avec diarrhée, guéri par l'action de la graisse, sans que ces complications redoutables aient été ni influencées ni détournées de leur terminaison heureuse par la médication locale employée. Il est vrai de dire, aussi, qu'il est rare de voir des guérisons aussi promptes.

CINQUIÈME OBSERVATION.

G***, du 28e régiment d'infanterie de ligne, âgé de vingt-deux ans, entre, le 12 mai 1833, à l'hôpital militaire de Lyon, pour y être traité d'un érysipèle de la face, compliqué d'angine tonsillaire. Jusqu'à cette époque, le nez et les pommettes étaient les seuls points affectés. On remarquait, en outre, une grande sensibilité et une tuméfaction considérable des paupières, avec douleurs vives dans l'intérieur des orbites ; la partie postérieure de la tête était le siége d'une violente douleur ; la langue était rouge, sèche et épaisse, la soif ardente, le pouls plein et fréquent, les selles régulières, l'épigastre insensible. Diète, douze sang-

sues au cou, tisane d'orge miellée et nitrée, gargarismes adoucissans, pédiluves sinapisés, onctions avec l'axonge fraîche, matin et soir.

Le 13, la nuit fut mauvaise ; le sommeil avait été troublé par une agitation continuelle. La douleur de la partie postérieure de la tête avait diminué; mais l'étendue de l'érysipèle avait augmenté : la rougeur, toutefois, y était moins vive et la sensibilité moins grande. Bouillon matin et soir. Même prescription, avec cette seule différence que la graisse doit dépasser les limites de l'érysipèle.

Le 14, on remarque une amélioration dans les parties enflammées : cette amélioration, eu égard à la mauvaise nuit qui avait précédé, devait être peu rassurante, car l'infirmier avait été obligé de faire rentrer souvent ce malade dans son lit, et l'avait plusieurs fois entendu parler de personnes absentes. Cependant il répond bien à toutes les questions, et se plaint d'éprouver de nouveau de la douleur à la partie postérieure de la tête. Toute la région postérieure et latérale du cou, moins les parties qui avaient été, la veille, recouvertes de graisse, sont occupées par l'érysipèle. Les paupières sont plus malades, et le gonflement est tel, que G*** ne peut plus les écarter. Malgré cet état fâcheux, on n'en continue pas moins l'usage de la graisse sur tous les points occupés par l'érysipèle, nous promettant, toute-

fois, d'en suspendre l'application, si le malade ne va pas mieux dans la soirée; mais, à cette époque de la journée, une légère amélioration ayant été remarquée, on continue les onctions, et l'on fait administrer un lavement laxatif.

Le 15, le malade ne va pas plus mal, l'érysipèle n'a pas changé de place. Même traitement.

Le 16, une amélioration véritable se fait remarquer dans tous les symptômes; les yeux sont ouverts; deux garde-robes, qui ont eu lieu durant la nuit, ont procuré beaucoup de soulagement. Bouillon, même prescription.

Les 17, 18 et 19, mieux toujours croissant; le 22, le malade est guéri.

On remarque que, malgré les symptômes encéphaliques, qui, dans le principe, pouvaient faire redouter l'application de la graisse, cette médication n'a pas empêché, si toutefois elle n'a pas aidé, la terminaison favorable de l'érysipèle.

SIXIÈME OBSERVATION.

L***, soldat au 27e régiment de ligne, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution scrofuleuse, nostalgique, né dans le département des Landes, est sujet depuis long-temps à des accès de fièvre intermittente, avec douleurs vagues dans la jambe et la cuisse du côté gauche. Avant son entrée à l'hôpital de Lyon, cette même jambe

avait été deux fois le siége d'un érysipèle phlegmoneux qui s'était toujours terminé par suppuration. Il entrait de nouveau, le 12 avril, pour des accès de fièvre, avec un engorgement lymphatique du pied gauche, et trois petits ulcères atoniques, saignans, à bords décollés, situés à la face interne de la cuisse du même côté, et qu'il fut impossible, malgré tous les moyens internes et externes, de faire cicatriser. J'insiste sur tous ces détails, afin de faire remarquer combien était mauvaise la constitution du sujet, lorsque, le 24 mai, une inflammation érysipélateuse, de l'étendue de la paume de la main, se manifesta au dessous des petites plaies de la cuisse.

Le 25, l'érysipèle avait fait quelques progrès, sans incommoder le malade, qui n'en souffrait pas du tout. Pensant, de plus, que l'apparition de cette nouvelle affection pourrait peut-être apporter un changement favorable à la marche des ulcères, on se contenta de mettre le sujet à un régime plus léger.

Le 27, quatrième jour depuis l'apparition de l'érysipèle, voyant que cette nouvelle affection faisait tous les jours de nouveaux progrès, on résolut d'appliquer, autour seulement de l'inflammation, une légère couche d'onguent mercuriel.

Le 28, l'érysipèle augmentant toujours, et l'espace tracé la veille par l'onguent mercuriel

ayant été franchi, on se décida à recouvrir toute son étendue d'une couche d'onguent mercuriel.

Le 29, l'érysipèle était descendu au dessous du genou, et, le 3 juin, il occupait le tiers inférieur de la jambe, ainsi que toute la surface dorsale du pied. C'est à cette époque que le malade commença à se plaindre de sa jambe, et que le pouls se releva.

Le 4 juin, le pied était entièrement tuméfié, ainsi que toute la partie inférieure de la jambe. Onctions avec l'onguent mercuriel.

Le 6, tous les symptômes inflammatoires ont diminué; mais on découvre en même temps un point de la peau, autour de la malléole externe, gangrené, et, au dessous, un abcès qui renferme environ une once de sérosité purulente. Toute la jambe, qui jusque-là avait été recouverte d'onguent mercuriel, fut nettoyée et pansée comme à l'ordinaire.

Les 7 et 8, la jambe se dégorge par l'écoulement d'une grande quantité de sérosité purulente et fétide; mais on remarque encore la formation d'une large escarre sur l'articulation tibio-tarsienne. Le 12, toutes les portions frappées de gangrène étaient tombées, et le membre avait repris à peu près son volume primitif; la plaie conservait néanmoins un mauvais aspect, et la suppuration était toujours séreuse et fétide. On arrose la charpie avec l'eau chlorurée, et, au bout de

quelques jours, la suppuration prit un meilleur caractère. On augmenta les alimens, et, jusqu'au 18, la position du malade fut satisfaisante.

Le 20, L*** avait passé une mauvaise nuit; sa diarrhée, qu'il avait cherché à nous cacher depuis quatre jours, afin de pouvoir obtenir une plus grande quantité d'alimens, avait augmenté d'intensité. Le ventre offrait, pour la première fois, une douleur très vive à la pression; la suppuration avait changé de couleur et diminué de quantité. La mort arriva, sans agonie, à dix heures du matin.

A l'autopsie, faite vingt-quatre heures après le décès, on trouva un épanchement séro-albumineux dans l'abdomen, avec des traces d'une inflammation chronique du péritoine, affection qui était restée latente jusqu'au dernier jour. Les autres organes ne présentaient rien de particulier.

Il reste prouvé, d'après cette observation, que, lors même qu'on eût employé, dès le début de l'érysipèle, l'onguent mercuriel, il est probable qu'on n'en eût pas obtenu un meilleur résultat. Il est manifeste aussi que l'on ne peut pas attribuer à l'action de l'onguent la cause de la mort, puisque l'érysipèle s'est terminé par suppuration, comme cela avait eu lieu deux fois déjà auparavant; et que si ce malade n'avait pas succombé aux suites du

premier et du second érysipèle, c'est que, lors du dernier, il était nécessairement plus affaibli, et que l'affection du péritoine avait eu le temps de faire plus de progrès.

SEPTIÈME OBSERVATION.

V***, jeune soldat au 11e régiment d'infanterie de ligne, âgé de 22 ans, se présenta, le 27 mai 1833, à l'hôpital militaire de Lyon, pour y être traité d'un érysipèle qui lui couvrait toute la face. Ce militaire était sous l'influence d'une diarrhée abondante, qui avait notablement diminué depuis deux jours, époque de l'apparition de l'érysipèle. A la visite du matin, il offrait les symptômes suivans : céphalalgie violente; langue sèche; pouls dur, petit et fréquent; chaleur âcre et brûlante de toute la face; ventre douloureux à la pression. Diète, tisane de riz gommée, fomentations émollientes sur le ventre, lavement amylacé et opiacé, onctions avec l'onguent mercuriel plusieurs fois par jour.

Le 28, l'état du sujet n'a pas changé; la nuit a été mauvaise, l'infirmier de garde fut plusieurs fois obligé de le ramener dans son lit. Même prescription. Dix sangsues aux oreilles, sinapismes aux mollets.

Le 29, la rougeur et la tension de la peau du visage ont considérablement diminué; mais le

derme chevelu de la région temporale, ainsi que l'oreille gauche, sont occupés par l'érysipèle. Onctions, sinapismes aux jambes.

Le 30, les selles ont diminué; on s'aperçoit que la peau du visage a pris une légère teinte jaunâtre et ridée. Les paupières sont plus libres, les oreilles sont recouvertes de petites vésicules remplies d'une sérosité citrine. Même prescription.

Le 31, les oreilles sont recouvertes de croûtes jaunâtres, la diarrhée s'est arrêtée, le malade demande à manger. La langue est bonne, la soif moins pressante. Bouillon matin et soir, onctions sur le derme chevelu.

Le 1er juin, la convalescence paraît vouloir commencer; la desquamation de l'épiderme a lieu sur tous les points de la face. Le 3, le malade est guéri, et, quinze jours après, il sort de l'hôpital.

Cette observation est un exemple frappant de l'efficacité de l'onguent mercuriel dans les érysipèles compliqués d'affection gastro-intestinale; il est très possible aussi que l'application des sangsues eût pu, de son côté, favoriser la résolution de l'érysipèle; on aurait pu aussi livrer celui-ci aux seuls efforts de la nature, d'après les idées admises jusqu'à ce jour, de peur de troubler, en l'attaquant de front, le phénomène critique de la diarrhée, ou bien encore de déterminer une déli-

tescence dangereuse sur un des principaux organes de l'économie. Cet exemple prouve, de la manière la plus évidente, qu'il n'en est pas toujours ainsi, et que beaucoup d'erreurs en médecine passent pour des vérités.

HUITIÈME OBSERVATION.

T***, cavalier au 7e dragons, âgé de vingt-deux ans, était depuis deux mois sujet à une diarrhée abondante qui revenait et se dissipait sans cause très connue et qui ne l'empêchait pas, toutefois, de continuer son service. Cependant, à la fin, forcé par sa faiblesse d'entrer à l'hôpital de Lyon, il en sortit quelques jours après; mais, soit la nature des alimens du quartier, soit les fatigues du service, T*** contracta de nouveau la diarrhée, et, au bout de quinze jours, il entra pour la seconde fois à l'hôpital, non pas pour la diarrhée, qui paraissait s'être arrêtée depuis deux jours, mais bien pour un érysipèle de la face, qui avait probablement suspendu la diarrhée.

Le 28, jour de son entrée à l'hôpital, ce malade présentait les symptômes suivans : rougeur érysipélateuse et tuméfaction de toute la peau du nez, des deux joues, ainsi que des paupières; céphalalgie violente; langue sèche et rouge; pouls dur et fréquent; ventre douloureux; soif ardente. Diète, eau de gomme pour boisson, onguent mercuriel

sur l'érysipèle; fomentations émollientes sur le ventre. Potion calmante.

Le 29, la nuit avait été mauvaise, l'érysipèle avait considérablement augmenté; les oreilles et une grande partie du derme chevelu de la région temporale étaient envahies; on voyait, en outre, un grand nombre de vésicules plus ou moins distendues par un liquide jaunâtre, sur les différens points occupés par l'inflammation. Mêmes prescriptions. Onctions partout où siége l'érysipèle.

Le 30, la nuit a été troublée par un délire continuel; l'érysipèle occupe toute la tête; on perce quelques vésicules, qui laissent écouler une assez grande quantité de sérosité, au grand soulagement du malade, qui nous prie de faire renouveler souvent les onctions, parce qu'il en éprouve un bien-être extrême. Le 31, on ne remarque pas le plus léger changement dans la position du sujet; si la face est moins gonflée que la veille, le cou commence à devenir le siége de l'érysipèle. Mêmes prescriptions.

Le 2 et le 3, la desquamation se fait sur tous les points de la face, et particulièrement aux oreilles. Même traitement.

Le 8, le malade prend pour nourriture quelques alimens légers; on aperçoit une petite tumeur située dans le tissu cellulaire de la paupière

inférieure de l'œil gauche, qui laisse écouler, à travers une petite ouverture pratiquée avec une lancette, une once environ d'un pus de bonne nature. Le malade, qui avait été affaibli, même avant d'entrer à l'hôpital, par la diarrhée, reprend bien difficilement ses forces.

Le 12, la petite plaie de l'œil ne fournit plus de suppuration, tandis que, la veille, celle-ci était encore assez considérable; un des hommes de la salle nous avertit que notre malade a mangé, la veille au soir, du bouilli avec du pain de munition. La diarrhée a repris son cours; la langue est de nouveau rouge et sèche, et la soif intense. Diète, eau de riz gommée; lavement amlacé et opiacé matin et soir, cataplasmes chauds sur le ventre.

Le 14, la diarrhée continue toujours, malgré l'emploi des astringens les plus énergiques, et la position du malade devient de plus en plus inquiétante. Un petit abcès se présente de nouveau à la paupière inférieure de l'œil gauche; mais, lorsque le lendemain on se disposait à l'ouvrir, il avait disparu.

Du 15 au 20, les forces paraissaient vouloir un peu s'améliorer; la diarrhée n'était plus aussi abondante. Mais ce malade s'étant, pour la seconde fois, procuré des alimens, son état devint de plus en plus grave, et le 6 juillet il expira, avec toute sa connaissance et sans agonie.

A l'autopsie du cadavre, nous trouvâmes plusieurs portions de la membrane muqueuse du colon entièrement gangrenées; les autres organes, de même que le cerveau et les paupières de l'œil gauche, se trouvaient dans l'état naturel.

L'issue funeste de cette maladie prouve seulement que l'onguent mercuriel est resté sans action; car, malgré son application, l'affection érysipélateuse a continué sa marche avec le même ordre que si on ne l'eût pas employé.

Ce serait sans fondement, toutefois, qu'on voudrait attribuer le retour de la diarrhée à une prétendue délitescence de l'érysipèle, puisque cette diarrhée a été deux fois arrêtée, et qu'elle n'a été renouvelée, sur des intestins malades depuis longtemps avant l'apparition de l'irritation cutanée, que par deux écarts de régime.

NEUVIÈME OBSERVATION.

B*** (Jacques), fusilier au 28e régiment d'infanterie de ligne, d'un tempérament sanguin et d'une forte constitution, entra à l'hôpital militaire de Lyon le 4 juin 1833, pour y être traité d'un érysipèle de la face, qui s'était déclaré la veille. A la visite du matin, le malade offrait les symptômes suivans : Rougeur et chaleur brûlante du nez et des deux pommettes; paupières fortement tuméfiées, principalement du côté

droit, où la douleur, au rapport du malade, est insupportable; langue rouge et sèche, soif ardente, dégoût pour les alimens. Diète; limonade pour boisson; onctions avec la graisse.

Le 5, la nuit a été tranquille; l'érysipèle ne fait plus souffrir le malade depuis qu'on lui a pratiqué des onctions avec la graisse; la rougeur, ainsi que la tuméfaction, a sensiblement diminué, bien que l'étendue de la phlogose soit toujours la même. Onctions; pédiluve sinapisé.

Le 6, l'érysipèle a envahi les oreilles pendant la nuit, ainsi qu'une partie du derme chevelu de la région frontale. La face se ride et la desquamation commence. Onctions sur les parties nouvellement affectées; bouillon matin et soir.

Le 7, le malade se plaint d'éprouver de violentes coliques, la langue est de nouveau rouge et sèche, l'épigastre sensible, et l'idée d'avoir pu occasioner la délitescence de l'érysipèle sur l'estomac se présente à ma pensée; cependant, l'inflammation de la peau de la tête existe encore, bien qu'elle ait sensiblement diminué. Quinze sangsues sont appliquées sur l'épigastre, eau de gomme, potion calmante.

Le 8, la nuit a été bonne; la douleur de l'épigastre a disparu, et la desquamation se fait sur tous les points précédemment enflammés.

Le 9, la tête est libre, la langue belle, et tous les signes alarmans de la veille ont disparu. Bouillon ; on cesse les onctions.

Le 10, le mieux se soutient ; on augmente les alimens, et, le 12, le malade est tout à fait guéri ; il sort quelques jours après de l'hôpital.

Cette observation permet de penser que si la graisse n'a pas arrêté dans le premier moment l'érysipèle, elle a du moins contribué à diminuer son intensité, et, partant, sa durée. Quant à l'irritation gastrique, qui est venue compliquer l'affection extérieure, nous apprîmes plus tard que ce malade s'était procuré des alimens : il n'est pas probable que l'application de quinze sangsues eût suffi pour enlever la gastrite, si elle avait eu pour cause la délitescence de l'érysipèle ; il aurait fallu, dans ce cas, avoir recours à des applications irritantes sur le siége primitif du mal.

DIXIÈME OBSERVATION.

D***, soldat au 27e régiment d'infanterie de ligne, entre à l'hôpital militaire de Lyon, le 4 juin 1833, pour une toux opiniâtre avec douleur au côté gauche de la poitrine ; la respiration est difficile, le pouls plein et fréquent, la langue couverte d'un enduit blanchâtre, la tête pesante, le ventre sensible. La diarrhée, qui avait disparu depuis quelques jours, avait singulièrement di-

minué les forces du malade. La poitrine, examinée avec soin, nous offrit une pneumonie de tout le côté droit. On mit en usage tous les moyens que la position du sujet réclamait, et au bout de cinq ou six jours son affection avait pris une marche favorable.

Le 10, il se plaint d'une violente céphalalgie, qui, le 11, était beaucoup moins forte; mais on voyait alors un érysipèle qui s'était légèrement manifesté la veille sur le nez, et qui, dans cet intervalle, avait gagné toute la face. Diète, eau de gomme pour boisson, pédiluve sinapisé, onctions avec la graisse.

Le 12, l'érysipèle a déjà diminué. Mêmes prescriptions.

Le 13, la peau de la face est ridée; la desquamation commence à se faire, et, le 14, le malade est guéri.

Il est bon de faire remarquer que, pendant l'apparition de l'érysipèle, la pneumonie n'a pas un instant dévié de sa route, malgré l'emploi de la graisse; on a repris ensuite les moyens qui lui étaient applicables, et la guérison a été aussi complète qu'on pouvait l'espérer.

ONZIÈME OBSERVATION.

J***, dragon au 8e régiment, entra à l'hôpital militaire de Lyon, le 8 juin 1833, après trois jours de maladie, pour une gastrite. Le 12, cette affection avait cédé aux moyens appropriés, lorsque, le soir, le malade fut pris tout à coup d'un violent mal de tête. La nuit se passa dans une agitation extrême; la parotide gauche était devenue très sensible. Diète, eau de gomme pour boisson, six sangsues sur la glande affectée. Cataplasmes après la chute des sangsues.

Le 13, on aperçoit un large érysipèle, occupant toute la région cervicale postérieure, depuis la quatrième vertèbre jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate du côté gauche. Onguent mercuriel sur l'exanthème. Il n'était pas très facile de renouveler le pansement, le malade s'y prêtant de fort mauvaise grace.

Les 14, 15 et 16, l'érysipèle a envahi toute la région dorsale; on continuait, mais incomplétement, les onctions.

Le 18, la desquamation commence à se faire remarquer sur les premiers points enflammés, et le malade se rétablit, sans autre accident, au bout de quelques jours.

On remarquait chez ce militaire que, toutes les fois qu'on pouvait librement appliquer l'onguent

mercuriel, la rougeur de l'érysipèle disparaissait pendant l'espace de deux heures à peu près, et qu'ensuite elle reprenait le dessus, dès qu'on cessait les onctions ; il n'est pas douteux que, si l'on avait pu les faire régulièrement, J*** n'eût été guéri dès les premiers jours.

DOUZIÈME OBSERVATION.

D***, soldat au 11e régiment d'infanterie de ligne, entra à l'hôpital militaire de Lyon, le 9 juin 1833, atteint d'affection scorbutique. La décomposition du tissu des gencives était déjà si avancée, que les dents de la mâchoire inférieure menaçaient de tomber; le malade portait de plus une ichthyose congéniale, qui recouvrait presque tous les membres. La tisane amère pour boisson, des gargarismes chlorurés, une nourriture convenable avaient amélioré la constitution de ce malade, lorsqu'il fut pris le 20, neuf jours après son entrée à l'hôpital, d'un érysipèle avec rougeur livide de la peau, et qui avait, en quinze heures, envahi toute la face, ainsi qu'une grande partie du derme chevelu. L'apparition de cette nouvelle affection fut suivie d'une fièvre violente et d'un délire subit et continuel. Saignée du bras, douze sangsues au cou, décoction de quinquina pour tisane; application d'onguent mercuriel au pourtour de l'inflammation et de graisse au centre.

Le 21, la situation du malade est toujours la même, c'est à dire fâcheuse. Onctions, sinapismes aux jambes, même tisane.

Le 22, le délire est toujours aussi vif; le malade s'efforce plusieurs fois de sortir de son lit. Même prescription; lavement laxatif; poudre de Dower, six grains.

Le soir, le malade va mieux; le délire a cessé. Les 23 et 24, le mieux continue, sans qu'il y ait toutefois une bien grande amélioration du côté du cerveau. L'érysipèle a gagné la partie antérieure de la poitrine, dans une très grande étendue. Onctions avec la graisse; même tisane, vésicatoires aux cuisses.

Le 25, le malade, dont le calme paraît être tout à fait revenu, demande un peu de bouillon, qu'on lui accorde pour le matin seulement; le soir, une fièvre ardente avec un délire continuel se déclare de nouveau : diète; même traitement.

Le 26, l'érysipèle, qu'on avait vu disparaître régulièrement, se présente une seconde fois à la face. Continuation des onctions; tisane de quinquina, poudre de Dower, 6 grains.

Le 27, point d'amélioration; l'érysipèle a gagné le cou et toute la partie antérieure de la poitrine; le ventre est météorisé; le malade va souvent à la selle; la langue est sèche, les dents fu-

ligineuses ; les urines sont rares, l'épigastre n'est pas douloureux.

Le 28, la position du malade est toujours alarmante ; tous les symptômes ont pris un caractère plus grave. On fait appliquer à la nuque un vésicatoire, qui n'amène aucun soulagement, et le malade meurt, le 29, à dix heures du soir.

L'autopsie, faite vingt-quatre heures après, présente les altérations suivantes : peau d'un jaune foncé, ventre ballonné, grande flexibilité des membres ; la substance du cerveau, ainsi que ses membranes, sont fortement injectées, sans épanchement dans les ventricules ; les poumons sont sains, le cœur peu développé, le foie d'une petitesse remarquable ; la rate, au contraire, est très volumineuse ; la membrane muqueuse gastro-intestinale est enflammée dans toute son étendue; les organes génito-urinaires sont dans l'état naturel.

Il est évident qu'ici l'axonge, ainsi que l'onguent mercuriel, n'ont produit aucun effet : voilà à peu près tout ce qu'on peut en dire, après avoir suivi l'observation de ce malade. Le résultat a été funeste ; mais il serait injuste de l'attribuer à la répercussion de l'irritation cutanée, car, malgré l'emploi des corps gras, nous n'avons pas négligé les émissions sanguines, avec modération, il est vrai, mais aussi en les proportionnant à la mauvaise constitution et à l'état des forces du sujet.

TREIZIÈME OBSERVATION.

R***, dragon au 7e régiment, doué d'un tempérament sanguin, était depuis quinze jours sous l'influence d'une diarrhée fréquente, lorsqu'il entra, le 13 juin 1833, à l'hôpital militaire de Lyon, présentant les symptômes suivans : langue rouge et sèche; soif vive ; pouls tranquille; abdomen non douloureux à la pression; selles régulières. A tous ces symptômes s'ajoutait un érysipèle de la face, occupant le nez et la joue gauche. Bouillon matin et soir, limonade, onction nuit et jour avec la graisse sur les points enflammés et au delà.

Le 15, amélioration notable de tous les symptômes; l'oreille gauche paraît vouloir devenir le siége de l'érysipèle; on fait de suite recouvrir cette partie avec l'axonge, ainsi que la face.

Le 16, l'axonge ayant manqué par la négligence de l'infirmier, le malade resta une partie de la journée sans onctions, et le lendemain l'érysipèle s'était ranimé; il avait envahi toute la région temporale. Mêmes prescriptions.

Le 18, l'érysipèle continue toujours à s'étendre vers la région occipitale; on recommande aux infirmiers de renouveler souvent les onctions graisseuses. Même traitement, lavement huileux.

Le 20, l'érysipèle a presque disparu, on insiste néanmoins sur les onctions.

Le 21, l'infirmier de garde ayant cru qu'il n'était plus nécessaire de les continuer, l'érysipèle a reparu sur une grande partie du derme chevelu de la région occipitale. Même traitement.

Le 22, la face est ridée, la desquamation commence sur plusieurs points de la tête, qui n'est plus sensible, et le malade demande à manger; on continue encore, pendant un ou deux jours, les onctions graisseuses, et la guérison se consolide sans accidens consécutifs.

Ce malade mangeait les trois quarts de la portion et se disposait à sortir bientôt de l'hôpital, lorsqu'il fut de nouveau atteint d'un érysipèle à la même joue : reprise des onctions.

Le lendemain, 3 juillet, l'érysipèle avait gagné la joue droite.

Le 4, même état, même traitement.

Le 5 et le 6, le malade va mieux; son exanthème est en partie effacé.

Le 12, il se disposait de nouveau à sortir, lorsqu'il fut encore pris, pour la troisième fois, d'un érysipèle à la même joue, avec tuméfaction considérable des paupières de l'œil gauche. Cherchant depuis quelques jours l'occasion d'employer l'huile d'amandes douces, je saisis cette circons-

tance, pour en prescrire l'application; mais, après en avoir fait usage pendant toute la journée, le malade nous supplia de ne plus continuer ce moyen, et de vouloir bien revenir à l'emploi de la graisse, parce qu'il en éprouvait, disait-il, un plus grand soulagement, et qu'au lieu de diminuer la chaleur brûlante qu'il éprouvait sur le lieu du mal, l'huile ne faisait, au contraire, que l'irriter davantage, et lui occasioner des picotemens désagréables. La graisse fut, en conséquence, appliquée de nouveau, et en vingt-quatre heures tout avait disparu. Quelques jours après, le malade fut purgé; on insista un peu plus long-temps sur l'usage d'une alimentation légère qu'on ne l'avait fait jusqu'alors, et R*** se disposait à sortir au moment où j'ai quitté l'hôpital.

Cette observation est intéressante, à raison de l'action bien positive de la graisse, toutes les fois que l'érysipèle a voulu reparaître, et de la cessation complète et instantanée de la chaleur, ainsi que de la douleur de la partie enflammée, qu'on pouvait toucher ensuite sans faire éprouver au malade le plus léger malaise, tandis qu'avant cette application, il ne pouvait supporter la plus faible pression. La différence d'action de l'huile d'amandes douces qui, bien loin de calmer le malade, lui faisait éprouver, au contraire, des dou-

leurs encore plus vives et augmentait l'irritation, mérite d'être notée.

QUATORZIÈME OBSERVATION.

P***, soldat au 21e régiment d'infanterie de ligne, entre à l'hôpital de Lyon, le 27 mai 1833, pour une pneumonie de la partie postérieure des lobes inférieurs des deux poumons. Après avoir employé chez ce malade les moyens que sa position réclamait, il marchait à grands pas vers la guérison, lorsqu'il se plaignit, le 8, d'avoir éprouvé un accès de fièvre; la poitrine, examinée avec soin, ne présentait rien de particulier, la respiration vésiculaire s'y faisait parfaitement entendre. L'accès ayant reparu, l'on mit le malade à un régime plus léger, et on administra quelques grains de sulfate de quinine. Dans la nuit du 14, un érysipèle occupant le nez et une grande partie de la face se manifesta. Diète, tisane d'orge miellée et nitrée, émulsion opiacée, onctions avec la graisse sur l'érysipèle.

Le 15, l'exanthème ne paraît pas avoir fait de progrès; même traitement.

Le 16, le malade va moins bien; la nuit a été mauvaise; l'érysipèle a abandonné la face pour se porter vers le derme chevelu de la région postérieure de la tête; la langue, qui jusque-là avait été belle, est recouverte, de même que les

dents, d'une couche de mucosités épaisses et brunes; le pouls est fréquent, les paupières sont encore très gonflées, et font craindre, par leur empâtement, qu'il ne s'y développe de petits abcès. On pratique sur toute la tête des onctions avec la graisse.

Le 19, le malade demande à manger; la langue est moins chargée, la nuit a été bonne; l'érysipèle est descendu vers la région cervicale, mais avec des signes d'un meilleur caractère. Bouillon, même traitement.

Le 20, l'érysipèle est à peine apparent, la langue est toujours épaisse, la soif ardente; le malade a été huit fois à la selle durant la nuit. Même prescription.

Les 21 et 22, disparition complète de l'érysipèle, et en même temps amélioration dans la situation générale du malade.

Le 24, l'affection gastro-intestinale s'est ranimée; la langue est devenue de nouveau sèche, et les dents se sont recouvertes, dans l'espace de vingt-quatre heures, d'un enduit brunâtre; le pouls est petit et fréquent. Le malade s'était procuré des alimens et en avait abusé; son état de faiblesse ne permettait plus d'avoir recours aux saignées. Sinapismes aux jambes, fomentations émollientes sur le ventre; eau de gomme pour boisson. La desquamation a lieu sur tous les points précédemment enflammés.

Le 27, on commence seulement à remarquer une légère amélioration ; la langue est plus humide. Potion antiseptique du formulaire, déjà prescrite depuis deux jours.

Le 28, la langue est plus belle, les selles moins fréquentes.

Le 31, le malade était guéri, et quelques jours après il allait sortir de l'hôpital, lorsqu'il fut de nouveau atteint d'un érysipèle de la face, avec gonflement considérable des paupières. On fit usage, pendant trois jours, d'huile d'amandes douces et d'huile d'olives, qu'on avait soin d'appliquer très souvent sur les points enflammés ; l'emploi de ce moyen fut couronné de succès, et la guérison, cette fois, fut complète. Le sujet avait éprouvé autant de soulagement de l'application de l'huile que de celle de l'axonge.

L'action de la graisse, dans cette circonstance, a été sans résultat satisfaisant ; il est bon de dire aussi que l'affection érysipélateuse était placée sous l'influence d'une irritation gastro-intestinale adynamique, contre laquelle il a fallu agir à deux reprises différentes, et qu'alors seulement nous avons vu tous les signes de l'érysipèle se dissiper complétement. On remarquait en même temps que, toutes les fois que les symptômes gastriques diminuaient, l'érysipèle, de son côté, suivait la même marche.

Cette observation pourrait également servir de

point de comparaison, pour juger de l'utilité de l'application des corps gras dans les diverses affections érysipélateuses : il faudrait, d'après elle, supprimer ces topiques, bien qu'il n'y ait aucun inconvénient à en faire usage, toutes les fois que l'érysipèle est compliqué de fièvre adynamique. La même règle serait applicable à l'érysipèle phlegmoneux, sur lequel l'onguent mercuriel a toujours été sans action, comme cela a lieu dans beaucoup d'autres cas où l'érysipèle n'est que l'effet sympathique d'affections internes plus graves.

Lorsque, quinze jours après sa première maladie, P*** fut atteint d'un second érysipèle, celui-ci n'étant plus sous l'influence de l'affection gastro-intestinale, l'huile d'amandes douces produisit, au bout de deux ou trois jours, une résolution complète, que la graisse aurait également déterminée si on l'avait employée, parce que les circonstances n'étaient plus identiques.

QUINZIÈME OBSERVATION.

L***, soldat au 27e régiment d'infanterie de ligne, se présenta, le 19 juin 1833, à l'hôpital militaire de Lyon, atteint de gastro-pneumonie. Le 20, saignée de douze onces ; vingt sangsues à

l'épigastre, eau de gomme pour boisson; potion gommeuse, cataplasmes sur le ventre.

Le 24, on aperçoit un érysipèle qui s'était développé, pendant la nuit, sur les deux joues et le nez; l'affection gastrique, bien loin d'être diminuée, paraissait au contraire avoir acquis plus d'intensité, depuis l'apparition de cette nouvelle affection. Même traitement, moins les émissions sanguines; onctions plusieurs fois répétées dans les vingt-quatre heures sur l'érysipèle. Le 25, même état, même traitement.

Le 26, une grande partie du derme chevelu a été envahie par l'érysipèle; la face commence à se rider; le malade éprouve le plus grand soulagement lorsqu'on lui applique la graisse sur l'exanthème; la langue est toujours très rouge, la soif vive et les selles très fréquentes; ce qui occasione un état de faiblesse extrême. Eau de riz gommée, lavement amylacé et opiacé, onctions avec la graisse.

Le 29, les traits de la face ont acquis une expression remarquable de bien-être; le pouls est plus tranquille, la langue humide et moins chargée; l'érysipèle n'a pas fait de progrès depuis la veille. Même traitement.

Le 28, le mieux est plus sensible; la nuit a été bonne. Le malade se plaint d'éprouver une grande faiblesse; la langue est toujours recou-

verte d'une couche de matière épaisse et noirâtre; l'érysipèle a disparu, et la desquamation commence sur quelques points. Les onctions sont suspendues; on prescrit de la décoction de quinquina pour boisson et une potion antiseptique. Diète. Deux jours après, la potion est remplacée par une autre, dans laquelle on fait entrer douze grains d'extrait de quinquina, et, le 2 juillet, le malade entre dans une convalescence franche, suivie bientôt après de la guérison.

Cette observation vient à l'appui de la précédente, en nous faisant voir qu'on ne doit pas espérer guérir les érysipèles à l'aide des corps gras, tant que ces affections se trouvent commandées, en quelque sorte, par la présence de quelque lésion gastro-intestinale; mais on aurait tort si on voulait rejeter cette médication, parce qu'elle manque d'efficacité dans ces circonstances spéciales, et vouloir la bannir totalement du rang qu'elle occupe : c'est là, d'ailleurs, que repose toute la question relative à l'emploi de la plupart des topiques, question que les praticiens n'ont pas encore résolue pour tous les cas. Il est évident pour nous que les topiques bien choisis n'apportent jamais le plus léger obstacle au rétablissement des malades, qu'ils ne nuisent point à la marche des maladies locales, et l'on pour-

rait même dire qu'ils favorisent toujours la guérison, en provoquant dans les parties enflammées un calme bienfaisant.

SEIZIÈME OBSERVATION.

S***, soldat au 27e régiment d'infanterie de ligne, se présente à l'hôpital militaire de Lyon, le 19 juin 1833, pour y être traité d'une ophthalmie chronique. Pendant qu'il était soumis au traitement convenable à cette affection, il fut atteint, le 24, d'un érysipèle de la joue gauche, qui fit, pendant la nuit suivante, des progrès rapides. On voyait, le lendemain, un grand nombre de petites vésicules remplies d'un liquide jaunâtre sur les points les plus enflammés de la face; l'ophthalmie était restée au même degré. Bouillon, limonade pour boisson; onctions avec l'axonge; pédiluve sinapisé.

La rapidité avec laquelle avait marché l'érysipèle nous faisait craindre de grandes difficultés pour le combattre; mais il n'en fut heureusement pas ainsi. Le 27, le malade allait déjà beaucoup mieux; il ne se trouvait bien, disait-il, qu'autant qu'il avait le visage couvert de graisse. Même traitement.

Le 28, l'inflammation cutanée étant moins forte et la douleur moins vive, la peau s'était affaissée et des rides nombreuses commençaient déjà à la sillonner. Mêmes prescriptions.

Le 29, la desquamation ayant commencé, on cessa les onctions et l'on augmenta la nourriture.

Le 30, il ne restait plus que l'ophthalmie, dont l'intensité n'avait point éprouvé de changement.

Cette observation prouve de la manière la plus positive l'efficacité de la graisse ; car il ne devait pas être douteux qu'un érysipèle, qui avait débuté d'une manière aussi rapide, ne prît aussi une extension et un caractère de gravité en rapport avec son mode de développement. On voit de plus que, malgré l'emploi de la graisse, l'ophthalmie n'a pas augmenté d'intensité, et que le traitement local n'a pas empêché la guérison de cette affection quelque temps après.

DIX-SEPTIÈME OBSERVATION.

J***, soldat au 11e régiment d'infanterie de ligne, est reçu, le 25 juin 1833, à l'hôpital militaire de Lyon, pour un érysipèle de la face, qui occupe les deux joues; les paupières sont très gonflées, la tête douloureuse, la langue épaisse, la soif ardente et l'épigastre peu sensible; les selles sont régulières.

Ce militaire était sorti, quelques jours auparavant, de l'hôpital, guéri d'une petite vérole bénigne. A sa rentrée, l'érysipèle fut recouvert, à plusieurs reprises, d'une couche d'huile d'olives.

Ce moyen, au rapport du malade, augmentait la douleur de l'exanthème au lieu de la diminuer. Bouillon, tisane d'orge miellée et nitrée ; potion calmante pour la nuit.

Le 26, les onctions huileuses avaient été continuées pendant la nuit, sans améliorer la position du malade, dont l'agitation s'était accrue et s'accompagnait de délire. Les oreilles sont occupées par l'érysipèle. Même traitement, pédiluve sinapisé.

Les 27 et 28, l'exanthème augmente toujours; l'huile d'amandes douces, dont on se sert depuis la veille, n'agit pas plus favorablement que l'huile d'olives et fait éprouver la même douleur. Même traitement.

Le 29, l'érysipèle, qui s'était étendu des oreilles au derme chevelu, commence à n'être plus aussi douloureux ; la desquamation de l'épiderme a lieu à la face.

Le 30, le malade est guéri et ne tarde pas à sortir de l'hôpital.

L'huile, dans ce cas, a fait plus de mal que de bien, quoique l'érysipèle se soit terminé, comme cela aurait eu lieu probablement, sans l'application de ce topique.

DIX-HUITIÈME OBSERVATION.

D***, soldat au 27e régiment d'infanterie de ligne, se présenta à l'hôpital militaire de Lyon, le 4 juillet 1833, étant atteint d'une bronchite. Trois jours après, il est pris d'un érysipèle de la face. Onctions avec l'huile d'amandes douces, tisane pectorale miellée, looch pour la nuit.

Le 5, l'érysipèle a fait quelques progrès; le malade se trouve peu soulagé de l'application de l'huile, mais comme elle n'accroît pas la douleur, on continue le même traitement.

Le 6, voyant que l'érysipèle augmentait toujours, on se décida à pratiquer des onctions avec la graisse; les autres moyens sont d'ailleurs continués.

Le 7, la rougeur de l'érysipèle, qui avait envahi déjà le front, se trouve beaucoup diminuée; même traitement.

Le 8 et le 9, l'exanthème est guéri; la toux, qui avait été suspendue pendant son apparition, reprend sa marche ordinaire, et la bronchite se termine sans autre accident, au bout de quelques jours.

Cette observation vient à l'appui de celles que nous avons rapportées plus haut, et qui prouvent que l'action des corps gras est d'autant plus effi-

cace, que l'érysipèle n'est compliqué d'aucune autre affection. La bronchite, dans ce cas, était d'une trop faible importance pour retarder la guérison. On a vu ensuite avec quelle activité la graisse fit disparaître l'exanthème, qui n'avait pas cédé à l'action de l'huile.

DIX-NEUVIÈME OBSERVATION.

H***, soldat au 27e régiment d'infanterie de ligne, est admis à l'hôpital militaire de Lyon, le 4 juillet 1833, présentant à son entrée un érysipèle qui occupait les deux joues et une grande partie du front; des vésicules nombreuses, remplies de sérosité jaunâtre, se faisaient remarquer sur les divers points enflammés. Les paupières, surtout, étaient extrêmement tuméfiées. Cet érysipèle était, en outre, accompagné d'angine tonsillaire, qui avait paru en même temps. Les organes de la digestion paraissaient d'ailleurs en bon état. Diète, 12 sangsues au cou, limonade, pédiluve sinapisé, cérat de Galien sur l'érysipèle, gargarisme adoucissant.

Le 5, l'angine a beaucoup diminué; mais il n'en est pas de même de l'érysipèle, qui a envahi une grande partie du derme chevelu de la région frontale ainsi que les oreilles ; même traitement.

Le 6, le malade a passé une mauvaise nuit,

il a été agité et tourmenté par des rêvasseries continuelles. Saignée du bras de huit onces, pédiluve sinapisé ; le reste comme la veille.

Le 7, l'érysipèle a envahi le cou, après avoir parcouru toute la tête; on fait cesser les onctions avec le cérat, et, l'angine ayant reparu, on fait de nouveau appliquer dix sangsues au cou; gargarisme adoucissant; bain de pieds sinapisé.

Le 8, amélioration notable ; la face et les oreilles sont couvertes de petites écailles; le cou commence à perdre sa rougeur livide et à se rider; l'état général du malade s'est sensiblement amélioré, et quatre jours après il entre en pleine convalescence.

Le 20, H*** est guéri, et il sort quelques jours après de l'hôpital.

Cette observation fournit une preuve évidente de l'inefficacité du cérat, et, sous ce rapport, elle est d'autant plus concluante, que l'érysipèle se trouvait exempt de toute complication fâcheuse.

VINGTIÈME OBSERVATION.

L***, soldat au 28e régiment d'infanterie de ligne, se présenta à l'hôpital militaire de Lyon, le 3 juin 1833, venant par évacuation de l'hôpital de Clermont. Il était atteint de pneumonie chronique de tout le côté droit de la poitrine,

qui s'était ranimée par les fatigues du voyage. Après quelques jours de repos, l'état de ce malade était assez satisfaisant, lorsqu'il fut pris d'un érysipèle occupant toute la joue gauche ; on diminua les alimens, sans attaquer l'érysipèle, qui ne présentait d'ailleurs rien de bien grave.

Le 6, l'érysipèle avait beaucoup augmenté depuis la veille; la nuit avait été mauvaise, et la joue droite commençait à se prendre. Désirant alors arrêter les progrès du mal, mais craignant encore une délitescence sur le poumon, quoique les expériences précédentes nous eussent rassurés à cet égard, on résolut de ne placer l'onguent mercuriel que sur les parties environnant la maladie et non encore enflammées ; deux jours après, aucun accident remarquable ne s'était présenté, et tout faisait espérer une guérison prochaine. La poitrine était toujours dans le même état; l'érysipèle commençait à se dissiper, des rides se dessinaient sur les points enflammés ; même traitement; on augmenta la nourriture.

Le 9, au grand étonnement des personnes qui suivaient l'observation de ce malade, apparut, sur les deux oreilles et au delà du cercle tracé par l'onguent mercuriel, un érysipèle, sur l'étendue duquel on remarquait de petites phlyctènes, remplies de sérosité jaunâtre. Onctions sur les parties malades.

Le 10, l'érysipèle avait envahi toute la région temporale de chaque côté. On suit, avec l'onguent, la marche de l'exanthème.

Le 12, il ne reste plus que des traces de cette affection, et, huit jours après, le malade avait repris son régime et la position qu'il avait avant son apparition.

Dans ce cas, l'érysipèle aurait-il envahi l'espace occupé par l'onguent mercuriel, ou bien cet onguent aurait-il préservé les parties qu'il recouvrait, et par dessus lesquelles l'inflammation aurait sauté? Il est difficile de résoudre cette question. Je me propose, toutefois, de répéter cette innocente expérience. En résumé, l'action de l'onguent mercuriel a été efficace, et n'a entravé en aucune manière la marche favorable de l'affection pulmonaire.

CONCLUSIONS.

Il résulte des observations précédentes :

1°. Que l'application des corps gras sur les érysipèles aigus n'est nullement nuisible, comme presque tous les médecins l'avaient cru jusqu'à présent;

2°. Qu'on n'obtient pas, il est vrai, de l'emploi de ces corps, un succès toujours égal, et qu'il faut, pour que cette médication soit vé-

ritablement utile, le concours de circonstances favorables;

3°. Que la graisse guérit tout aussi bien que l'onguent mercuriel, tandis que le cérat, l'huile d'amandes douces et l'huile d'olives ne paraissent pas jouir de la même propriété.

Les conditions à remplir pour le succès de cette médication sont :

1°. D'employer des substances fraîchement préparées ;

2°. De tenir l'exanthème continuellement couvert par le corps gras, même au delà des limites du mal : on pourrait, si l'on voulait, mais ceci n'est pas d'une extrême rigueur, absorber légèrement, de temps à autre, et à l'aide d'un linge fin, le résidu des onctions, afin d'avoir le plus possible, en contact avec la peau malade, une matière toujours fraîche ;

3°. De réitérer cette opération huit ou dix fois au moins dans les vingt-quatre heures.

Ajoutons à ces remarques :

1°. Que la guérison se montre d'autant plus prompte, que l'érysipèle est plus complétement libre de toute influence morbide étrangère;

2°. Que la présence des affections gastro-intestinales est une des complications qui nuisent le plus au succès des onctions graisseuses ;

3°. Que l'érysipèle phlegmoneux résiste cons-

tamment à l'action des corps gras, qu'il semble, par conséquent, inutile d'employer contre lui.

Les observations de M. Barthez sont, en ce moment, d'une grande importance, et on doit lui savoir gré d'en avoir rapporté un assez grand nombre pour ne pas laisser de doute sur les effets des topiques qu'il a mis en usage, et sur la certitude des propositions qu'il déduit de l'ensemble de son travail.

Je n'ai pas à discuter ici si les corps gras réussissent mieux ou moins bien, contre les inflammations érysipélateuses, que plusieurs des procédés variés que l'on a tenté de leur opposer. Il y a dans les causes de ces affections, et peut-être dans leur siége, de telles variétés, que, selon toute apparence, les moyens de traitement qui conviennent en certains cas ne sont pas autant applicables à d'autres. M. Barthez a lui-même signalé quelques exceptions de ce genre. On connaît les succès obtenus par M. Larrey à l'aide du cautère actuel, dans l'érysipèle traumatique; les effets de l'application des vésicatoires contre l'érysipèle ambulant ont été souvent heureux; sans le secours d'aucun topique, certains érysipèles cèdent avec une merveilleuse facilité aux médications dirigées contre les affections gastriques qui les déterminent, etc. Il ne convient de négliger aucun

de ces résultats de l'expérience ; aussi M. Barthez n'a-t-il eu d'autre objet que d'enrichir la thérapeutique d'un moyen nouveau, puissant, jusque-là dédaigné ou cru nuisible, et auquel les praticiens pourront recourir désormais, dans les circonstances favorables, avec avantage.

Abordons maintenant une autre question beaucoup plus importante. Depuis quelques années, les onctions ou les frictions mercurielles, avec l'onguent napolitain, ont été opposées à un grand nombre d'inflammations. Les péritonites, et spécialement les péritonites puerpérales, les arthrites aiguës, les hydarthroses, les rhumatismes articulaires, fibreux et musculaires, les érysipèles, et quelques autres affections analogues, semblent avoir trouvé dans l'onguent mercuriel un spécifique presque assuré. Les Anglais nous ont précédés dans cette carrière, et quelques uns de nos jeunes collègues les y ont suivis avec cette effervescence d'enthousiasme, cette robuste confiance que les étrangers ne manquent guère d'exciter dans certains esprits, sceptiques seulement pour leurs compatriotes.

En voyant cet engouement, approchant de la fureur, on se demande si le mercure, chassé de la thérapeutique des maladies vénériennes, ou du moins considéré alors comme assez puissant pour ne devoir être administré qu'avec circonspection, va se rejeter sur la thérapeutique gé-

nérale et l'envahir tout entière, comme pour se venger d'une exclusion injuste, lorsqu'elle est trop absolue; on se demande comment un médicament, que les plus hardis n'emploient qu'à la dose de quelques gros en plusieurs semaines, peut impunément être appliqué à la quantité de plusieurs onces en quelques jours; on se demande, enfin, si la prudence, qui conseille, dans des cas où le mercure peut être considéré comme indispensable, de surveiller avec attention ses effets, permet de le prodiguer dans d'autres maladies, sans s'inquiéter des résultats qu'un abus, quelquefois porté au delà de toutes les bornes jusqu'ici respectées, pourra déterminer.

Mais ces réflexions, que chacun a pu faire depuis long-temps, auraient-elles d'autant plus de force que le mercure lui-même, dans la pommade mercurielle, serait sans utilité? En d'autres termes, l'action de ce métal, susceptible peut-être de nuire, n'aurait-elle aucun avantage thérapeutique dans les inflammations contre lesquelles on le prodigue? En principe, il est difficile de distinguer aucune relation entre la manière connue d'agir du mercure et un mouvement inflammatoire aigu, développé dans des tissus cutanés, séreux, synoviaux, fibreux, musculaires ou autres; et cette incertitude suffirait déjà pour faire rejeter la médication mercurielle, employée dans ces cas, parmi

les procédés empiriques ou non raisonnés, qui déshonorent encore la médecine. Mais la proscription du mercure serait bien plus assurée encore si, pour tous les cas où l'on a recours à cette substance, il était aussi bien démontré que pour l'érysipèle, d'après le travail de M. Barthez, que c'est moins elle qui agit alors que le corps gras qui lui sert d'excipient. On sait que les bonnes femmes recouvrent, non sans avantage, au moins apparent, avec du suif, de la moelle de bœuf ou de l'huile d'olives, la poitrine des jeunes enfans atteints de bronchite aiguë, le nez et le front des sujets affectés de coryza; on sait que les corps gras de tous les genres, que la laine en suint, en particulier, sont appliqués avec utilité autour des articulations atteintes de phlogose, sur les aponévroses, le long des nerfs, à la surface des régions occupées par les muscles qui sont le siége de rhumatismes aigus. Il n'y a peut-être pas loin de l'action de ces corps à celle de l'onguent mercuriel, si l'on en croit l'expérience. Le travail de M. Barthez doit engager à entrer dans cette voix, et si cette présomption se confirmait, la thérapeutique aurait fait un pas important, en se débarrassant, pour des cas en dehors de la syphilis, d'une substance énergique, souvent dangereuse et alors au moins inutile.

Note du Rédacteur.

OBSERVATION
DE FIÈVRE TYPHOÏDE,

SUIVIE

De réflexions sur le traitement des affections de ce genre;

Par M. Michel LÉVY,

Chirurgien-aide-major au 11e régiment d'infanterie de ligne.

A*** D***, fils d'un capitaine du 24e de ligne, âgé de seize ans, d'une constitution faible et d'un tempérament nervoso-lymphatique, fut atteint, à son retour de Calvi, dans les derniers jours de juillet, de frissons irréguliers, suivis de chaleur, ébauche incomplète des fièvres intermittentes qui désolent cette partie de la Corse. Ces symptômes, auxquels se joignirent de la céphalalgie, de la soif, de l'anorexie, le brisement des membres, etc., persistèrent jusqu'au 28 juillet, sans affecter un type constant. Appelé le 29, à six heures du matin, près de ce malade, je le trouvai dans l'état suivant : face légèrement animée; chaleur brûlante de la peau, plus marquée au front que partout ailleurs; accélération du pouls; langue saburrale au centre, et bordée d'un rouge vif, sèche et

épaisse ; bouche mauvaise; abdomen indolent dans toute son étendue, même à la pression ; chaleur mordicante à l'épigastre et vers les deux hypochondres, inappétence, constipation de deux jours; urines rares et limpides; sécheresse des orifices muqueux. *Presc.* Diète absolue; boissons émollientes ; douze sangsues à la région sus-ombilicale; large cataplasme à la chute des sangsues; lavement avec la décoction d'althéa et l'huile de lin, une once et demie; émulsion avec nitrate de potasse, dix grains; compresses imbibées de vinaigre sur le front.

A quatre heures du soir, les sangsues avaient donné ; néanmoins la diminution de la chaleur abdominale était peu sensible; intumescence du bas-ventre; langue plus sèche; une selle liquide avait eu lieu ; la chaleur de la région frontale est toujours intense; battement des artères temporales; céphalalgie gravative ; parole lente; compréhension moins facile et moins prompte que le matin. Douze sangsues sur le trajet des jugulaires; faciliter l'écoulement du sang par des lotions tièdes sur les piqûres. Durant la nuit, insomnie, agitation, loquacité, soif intense.

Le 30, visage moins animé; yeux presque fixes et se mouvant difficilement d'un angle à l'autre des orbites; chaleur au front; sécheresse des narines; fréquence du pouls, qui donne cent quinze

à cent vingt pulsations; accélération de la respiration. Langue chargée, au centre, d'un enduit jaune grisâtre, sec et pour ainsi dire cuit; à ses bords et à sa pointe, d'un rouge pourpré, se contractant au contact du doigt, mais sortie difficilement de la bouche; moins d'intumescence à l'abdomen, qui est toujours indolent et chaud; deux selles liquides dans la nuit; urines claires et rares. *Presc.* Diète absolue; boissons émollientes, potion nitrée à quinze grains, cataplasme sur l'abdomen; compresses imbibées d'eau froide sur le front; cataplasmes chauds et vinaigrés aux pieds.

A trois heures du soir : la langue est d'un rouge plus vif et plus étendu, sèche, épaisse et fendillée; abdomen brûlant; soif; deux selles diarrhéiques; articulation de la parole lente et embarrassée. *Presc.* Dix sangsues à l'abdomen; lavement amylacé. A sept heures, le visage est animé, la parole traînante; les idées sont confuses; fréquence du pouls et de la respiration; rien n'est changé dans l'état de la langue et du ventre, par suite de la déplétion sanguine locale. On continue les fomentations émollientes sur l'abdomen, les cataplasmes sinapisés aux pieds et la potion nitrée. On observe de l'agitation au commencement de la nuit, puis deux selles sont rendues, et vers le matin un sommeil pénible, accompagné de rêvasseries, se manifeste.

Le 31, facies abattu; yeux dépourvus d'expression; obtusion de l'intellect, réponses incomplètes; décoloration de la face; chaleur générale, pouls à cent quinze pulsations, vif et un peu serré; sécheresse et inertie de la langue, qui est épaisse, rugueuse et d'une rougeur presque uniforme; abdomen chaud, légèrement météorisé; aréole rouge autour des piqûres de sangsues; une selle liquide; urines peu copieuses; soif; anorexie. *Presc.* Décoction de riz édulcorée avec le sirop de gomme; émulsion simple; lavement amylacé et laudanisé, sinapismes volans aux mollets; applications réfrigérantes au front; demi-lavement laudanisé le soir.

Le 1er août, dans la nuit, le sommeil avait été profond et non naturel, la respiration haute et fréquente, la chaleur intense. Le matin, on remarquait, toutefois, de l'amendement : disparition de l'expression typhoïde du facies; parole moins embarrassée; chaleur moins âcre de la peau; pouls toujours fréquent de cent dix à cent quinze pulsations, mais plus mou; langue sèche, dense, rouge, avec quelques stries jaunâtres; même aridité des orifices muqueux et particulièrement des lèvres, qui sont plissées et fendillées; météorisme de l'abdomen; point de selle depuis hier; urines un peu plus abondantes, sans sédiment; soif, appétence de boissons acidules.

On continue la prescription de la veille, moins le lavement; potion avec oxymel simple, une demi-once. Une exacerbation notable survient le soir : chaleur générale; fréquence du pouls et de la respiration; lenteur des réponses. On renouvelle les sinapismes, et un lavement émollient est prescrit. Durant la nuit, agitation, anxiété, soif; vers le matin, sommeil pénible; face abattue; yeux caves et entourés d'un cercle bleuâtre; finesse de l'ouïe, réponses lentes; respiration fréquente; pouls accéléré et un peu petit; langue d'un rouge presque rosé aux bords et à la pointe, offrant au centre un enduit brunâtre, toujours dense et rugueuse, jouissant d'une médiocre mobilité; abdomen affaissé; une selle; urines limpides. *Presc.* Infusion de feuilles d'oranger; émulsion nitrée bis; cataplasmes chauds et permanens aux pieds, lavement simple, fomentations, etc.

Le 3 août, la nuit avait été accompagnée d'alternatives d'agitation et d'affaissement. Le matin, assoupissement, somnolence, réponses difficiles. Comme tous les typhoïdes, le malade ne se plaint d'aucune douleur; yeux caves, cornée terne, pupille un peu dilatée; diminution de la chaleur générale; fréquence et petitesse du pouls; odeur pénétrante du lit; fuligo commençant aux gencives et à la langue, qui est sèche et dense; abdo-

men affaissé et comme aplati dans la région ombilicale; point de selle. On ajoute à la prescription de la veille deux vésicatoires aux mollets. Le soir, survient un commencement d'épistaxis bientôt tari; une selle a lieu. Vers huit heures, on remarque une augmentation de la chaleur et de la fréquence du pouls. Potion oxymellée ; lavement simple.

Le 4, après une nuit accompagnée d'un sommeil profond et non interrompu, facies meilleur, yeux plus animés; diminution de la chaleur générale ; pouls fréquent, mais plein et mou; respiration un peu fréquente; sueur générale; persistance de l'état fuligineux de la langue et des gencives; urines peu copieuses et sans sédiment; une selle par suite du lavement. La sueur a peu duré et s'est bientôt limitée à la face; vers le soir, le pouls est serré, la respiration haute et fréquente; la chaleur et la fréquence du pouls augmentent. Potion oxymellée ; un lavement.

Le 5, yeux demi-clos; facies abattu, somnolence voisine du coma ; sécheresse de la peau, chaleur générale médiocre, nulle au front, plus marquée à l'abdomen ; accélération et ténuité du pouls; respiration fréquente; frémissemens fibrillaires ; fuliginosités à la langue, qui est toujours sèche et rugueuse; abdomen moins affaissé; point de selle; urines rares. *Presc.* Infusion de feuilles d'oranger; exciter les vésicatoires; potion avec

infus. sambuc, quatre onces ; *spirit. Mender.*, une demi-once ; *syrup. cort. aurant.*, une demi-once, à prendre par cuillerée d'heure en heure.

A deux heures, on observe une diaphorèse légère, et de la diminution dans la somnolence; puis la langue s'humecte, et il n'y a pas d'augmentation dans la fréquence du pouls; la potion avec esprit de Mendérérus est continuée ; mais, à huit heures du soir, les symptômes adynamiques sont suffisamment amendés pour que l'on juge à propos de suspendre son administration et de confier à la nature le reste du travail critique établi par le médicament.

Le 6, la nuit a été bonne; le matin, facies heureux, réponses faciles et nettes; chaleur générale modérée ; pouls à cent pulsations par minute; peau molle et halitueuse; traces légères de fuliginosités aux gencives; langue un peu sèche, blanchâtre au centre, rouge aux bords; abdomen indolore; efflorescence de la peau sur toute sa surface; taches rouges et élevées autour des piqûres de sangsues; une selle ; urines moins rares; les vésicatoires suppurent.

Le 7, la nuit a été bonne et le sommeil naturel; pouls un peu lent; langue humide avec un enduit blanc-jaunâtre ; extension des taches sur l'abdomen, lesquelles, anguleuses et irrégulières, imi-

tent assez bien l'éruption de la rougeole; une selle; appétence de boissons acidulées. *Presc.* Limonade légère; le malade prend quelques pruneaux. Trois heures du soir, légère exacerbation, chaleur et fréquence du pouls.

Le 8, nuit tranquille; pouls naturel; langue presque nette; appétit; desquamation à l'abdomen, l'épiderme tombant sous forme furfuracée. Point de selle; quelques pruneaux sont encore accordés.

A deux heures du soir, on observe un léger accès fébrile, marqué seulement par la chaleur et la fréquence du pouls.

Le 9 août, nuit bonne. Il ne reste aucune trace du paroxysme de la veille. *Presc.* Sulfate de quinine, quatre grains; soupe au lait. Il n'y a pas d'accès dans l'après-midi.

Le 10, vers deux heures, chaleur légère; pouls tant soit peu fébrile.

Le 11, sulfate de quinine, quatre grains le matin; point d'accès le soir. Le 12, sulfate de quinine, trois grains; point d'accès.

Les 13, 14, alimentation graduelle, retour successif des forces. Le 16, guérison confirmée.

RÉFLEXIONS.

La maladie dont nous venons de tracer l'histoire peut être diversement envisagée. La considération absolue des symptômes nous donne d'abord l'idée d'une fièvre périodique, suivie ou précédée d'une altération gastro-intestinale, qui peut avoir imprimé au système nerveux abdominal cette irrégularité d'action d'où nous paraît résulter la fièvre, et qui, bientôt parvenue à un degré remarquable d'intensité, absorbe en quelque sorte les accès périodiques et entraîne tout l'organisme dans le tourbillon des sympathies morbides; de là l'imminence de la congestion cérébrale, que dénotaient la somnolence, la lenteur de la parole, l'obtusion de l'intellect, etc. De là les phénomènes typhoïdes qui se sont montrés sur quelques points de l'organisme : fuligo, météorisme de l'abdomen, cercle bleuâtre autour des yeux, vitesse et ténuité du pouls, etc. On pourra remarquer que cette fièvre grave, si l'on veut l'appeler ainsi avec M. Andral, ne sort pas de la famille des gastro-entérites intenses de M. Broussais, les phénomènes sus-mentionnés étant consécutifs à l'inflammation du tube digestif. Le traitement suivi n'ôterait rien, selon les partisans de cette opinion, à sa valeur réelle, la petite quantité d'acétate d'ammoniaque que le malade a prise n'ayant pas dû influer sur l'issue de l'af-

fection intestinale, et l'époque où cet agent a été prescrit expliquant pourquoi il ne l'a pas exaspérée. L'honneur du succès reviendrait donc, d'après cette théorie, particulièrement à la diète, aux sangsues, aux émolliens, employés dans la première période, et tant soit peu aux révulsifs appliqués durant la seconde.

L'examen attentif du développement et de la succession des symptômes, de la constitution et du tempérament du sujet, aussi bien que des causes qui ont pu produire la maladie, ne nous permet pas d'accéder à ces argumens. Le malade, âgé de seize ans, est faible, lymphatique; le climat de Calvi, où il a séjourné, les effluves miasmatiques dont il a subi l'atteinte n'ont pas dû agir sur ses organes dans le mode irritatif; un commencement de nostalgie était une cause de sédation de plus. Une fièvre intermittente a commencé la maladie, en a formé la base et pour ainsi dire le plan dans lequel elle s'est dessinée; les accès s'étant confondus, l'encéphale ayant réagi, elle a revêtu le caractère typhoïde; c'est la fièvre nerveuse de quelques auteurs, à un degré moyen. De l'exaltation de l'action des nerfs à l'irritation vasculaire il n'y a qu'un pas; ce pas, la maladie l'a franchi, et voilà ce qui nous explique l'état phlegmasique du tube ou d'une portion du tube digestif, qui s'est manifesté dans les premiers jours; cet état n'a pas préexisté à la fièvre, les fonctions diges-

tives s'étant bien maintenues plusieurs jours encore après l'invasion de celle-ci ; et, quand tout symptôme inflammatoire du canal intestinal eut disparu, les accès périodiques se sont renouvelés et n'ont cédé qu'à l'emploi du sulfate de quinine. Quant au trouble de l'encéphale, dénoté par l'imminence du coma, etc., nous croyons que les symptômes qui, chez notre malade, se rapportent à cet organe, annonçaient une tendance à l'épanchement séreux dans les ventricules ou à une infiltration séreuse de la pie-mère ; peut-être même cette supercrétion avait-elle commencé ; c'est pour cela que nous n'avons pas dû insister sur les évacuations sanguines locales à la tête, qui n'ont pas, dans ce cas, la même efficacité que dans les congestions purement sanguines. Les vésicatoires aux extrémités inférieures et, au besoin, sur la nuque sont alors un moyen précieux, auquel les praticiens ne recourent pas toujours assez tôt.

On remarquera, d'après le traitement suivi, que nous avons été avares de sangsues ; l'âge et la constitution du sujet ont en partie nécessité cette mesure, à laquelle nous attribuons d'ailleurs le prompt rétablissement des forces et la solidité de la convalescence ; il est d'observation que la prodigalité des évacuations sanguines, dans la première période des affections de cette nature, a

pour inconvéniens graves de précipiter le développement des phénomènes nerveux ataxo-adynamiques, d'enlever à la maladie ses chances de solution critique, ou du moins, si celle-ci s'opère, de frapper la convalescence des sujets d'une longue débilité. En ménageant prudemment les forces, même chez les individus qui sont jeunes et vigoureux, il est rare que l'on ne puisse maîtriser la maladie, eût-elle marché d'abord avec rapidité. Cet heureux résultat, je l'ai vu souvent couronner la pratique de MM. Roux et Tourdes, professeurs à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg, où chaque année ramène les fièvres graves à l'observation des élèves.

L'esprit de Mendérérus a produit presque immédiatement une amélioration notable; ce médicament était indiqué, du moment que la nature n'avait pu réagir avec une énergie suffisante contre l'état morbide imprimé au système nerveux; un commencement d'épistaxis, des sueurs incomplètes le septième jour, avaient annoncé le mouvement critique, presque aussitôt enrayé; l'acétate d'ammoniaque est venu le décider. Il a dissipé l'état typhoïde commençant, contre lequel il agit presque comme un spécifique. Nous n'avons pas été arrêtés en cela par la crainte d'accroître l'irritation gastro-intestinale, sur laquelle les physiologistes exclusifs mesurent si scrupu-

leusement l'administration des remèdes. M. le professeur Lobstein l'emploie avec succès dans les cas analogues, à la clinique de la Faculté de Strasbourg, et en 1831, à l'hôpital de Navarin, nous lui avons dû la guérison de deux militaires atteints de fièvre typhoïde, qui, traités sans succès, quoique avec la plus grande véhémence, par la méthode antiphlogistique, gisaient, abandonnés par l'art, dans le collapsus le plus profond. Sur trois malades à qui M. le chirurgien-major administra, d'après mes instances, l'esprit de Mendérérus à la dose d'une once, deux ont complétement guéri; le troisième mourut, et l'autopsie montra sur lui l'exanthème ilio-cœcal connu sous le nom de dothinentérie; tous trois avaient dépassé le deuxième septénaire.

MÉMOIRE

SUR

LES AMPUTATIONS PARTIELLES DE LA MAIN

Dans les articulations carpo-métacarpiennes;

Par M. GAIRAL,

Chirurgien-aide-major au 12e régiment de dragons.

Composée d'un grand nombre de parties, toutes mobiles les unes sur les autres, toutes douées d'une sensibilité exquise, toutes propres à saisir, à explorer les corps, à faire agir les instrumens de nos arts ou ceux qui servent à exprimer les résultats de notre intelligence, la main est un organe tellement précieux dans son ensemble comme dans chacune de ses divisions, que ses moindres fragmens doivent être respectés par le chirurgien, dans tous les cas où une impérieuse nécessité n'impose pas l'obligation d'en opérer le sacrifice. Bien plus que les amputations partielles du pied, celles de la main sont profitables aux blessés, et méritent d'être soumises à des règles précises, faciles à observer, qui les rendent toujours et par-

tout applicables. Et cependant, ce qui est digne de remarque, tandis que les amputations partielles du pied ont été étudiées de nos jours jusque dans leurs plus faibles modifications, et que leurs plus minutieux détails sont fixés avec la plus rigoureuse exactitude, celles de la main entre les os du métacarpe et ceux du carpe sont généralement abandonnées à l'arbitraire des opérateurs, à ce que l'on appelle le génie des chirurgiens, ce qui veut souvent dire que les chirurgiens sans génie, à défaut de préceptes et de règles, ne pourront les pratiquer et devront recourir à l'ablation de la main tout entière.

Qu'on nous permette d'insister sur les avantages des amputations partielles de la main, comparées à celles du pied, afin d'engager les chirurgiens militaires, surtout, à se les rendre familières et à ne rien négliger pour devenir capables de les pratiquer avec sûreté, promptitude et précision, qualités qui, seules, peuvent assurer le succès des amputations exécutées dans les articulations très serrées des extrémités des membres. Au pied, les ablations du gros orteil, du premier ou du cinquième os du métatarse, sont autant d'opérations qui affaiblissent le membre, le rendent moins propre à la station, à supporter la fatigue de la marche; et si l'on arrive à l'ablation de deux ou trois métatarsiens, à celle du métatarse entier,

et plus encore à l'amputation entre les os du tarse, selon la méthode de Chopart, il en résulte une telle imperfection des parties, qu'en beaucoup de cas il est manifeste que l'on aurait mieux fait d'opérer de manière à assurer au blessé le libre et facile usage d'une jambe de bois. Aucun de ces inconvéniens ne se présente à la main. Retranchez-en le pouce, l'indicateur ou les deux ou trois derniers doigts, toujours ce qui restera sera d'une précieuse utilité, et le sujet s'applaudira de l'avoir conservé. Opérez dans les articulations carpo-métacarpiennes, et réduisez la main à un moignon ne portant plus que le pouce ou un des autres doigts, et encore le blessé s'applaudira d'avoir conservé un appendice auquel il pourra, au besoin, adjoindre quelque moyen mécanique propre à en augmenter la puissance.

La différence dans les résultats des amputations partielles du pied et de la main, relativement à l'usage de ces parties, repose spécialement sur ce que, dans la première, la solidité est la qualité fondamentale, et que la moindre opération la diminue, en même temps que l'organe est rendu plus irritable; tandis que dans l'autre ce sont la mobilité et la sensibilité qui sont les propriétés essentielles, et que toutes ses divisions en jouissent d'une manière pour ainsi dire indépendante, de telle sorte que l'ablation d'une ou de plusieurs

d'entre elles ne nuit pas sensiblement à l'usage, ou plutôt augmente l'utilité relative de ce qui reste.

Ces considérations feront sans doute accueillir avec intérêt et méditer avec maturité le mémoire suivant, de M. Gairal, sur les amputations partielles de la main, non que nous approuvions sans restriction tous les procédés qu'il conseille, mais parce que, en pareille matière, le point de départ est toujours ce qui offre le plus de difficulté, et que les perfectionnemens ne se font ordinairement pas long-temps attendre.

Laissons parler M. Gairal lui-même.

1°. *Amputation du métacarpien de l'index.*

Le malade étant assis sur une chaise, la main dans la pronation, un aide comprime d'une main l'artère brachiale, et de l'autre main soutient l'avant-bras. Un second aide saisit d'une main le pouce et l'écarte, tandis que de l'autre il éloigne les trois derniers doigts. L'opérateur, placé en face du malade, applique le pouce sur la face dorsale de l'index, et les quatre autres doigts sur sa face palmaire; ensuite il cherche à reconnaître l'articulation qu'il doit ouvrir, en promenant de bas en haut, sur la face dorsale du second métacarpien, l'indicateur de la main qui doit opérer, jusqu'à ce qu'il rencontre une saillie assez prononcée : c'est la tête de l'os. Alors il com-

mence avec un bistouri droit, à lame étroite, tenu en première position, une incision qui, partant de deux ou trois lignes au dessus de l'articulation carpo-métacarpienne, longerait la face dorsale du deuxième métacarpien, et viendrait se terminer vers le tiers supérieur de la première phalange. Il fait écarter les lèvres de la plaie, coupe le tendon mis à découvert, en glissant à plat, entre l'os et le tendon, la lame du bistouri, qu'il retire en dirigeant le tranchant en haut. Cela fait, l'aide porte la peau en dehors, et l'opérateur enfonce perpendiculairement, sur le côté externe du second métacarpien, le bistouri, qui vient sortir dans la paume de la main, rase l'os pour tailler un lambeau, qu'il achève en dégageant l'instrument un peu au delà de l'articulation métacarpo-phalangienne.

L'aide porte la peau en dedans, et l'opérateur enfonce l'instrument du haut en bas, entre les deuxième et troisième métacarpiens, de manière à venir sortir par la première incision pratiquée dans la paume de la main, rase l'os, pour tailler un second lambeau qu'il termine à la hauteur du précédent. Le bistouri tenu en troisième position, il file le long du bord externe du deuxième métacarpien, jusqu'à ce qu'il rencontre la tête de cet os, la contourne dans une étendue de trois lignes au plus, en ayant soin de rele-

ver un peu le manche pour faire appuyer davantage la pointe de l'instrument et diviser le ligament dorsal, qui unit le trapèze au deuxième métacarpien. Ce ligament coupé, il ne faut pas chercher à pénétrer dans l'articulation, parce que l'on n'y parviendrait pas, et que l'on s'exposerait à ouvrir l'articulation du trapèze avec le trapézoïde. Il convient, au contraire, de dégager le bistouri et d'en porter le tranchant sur la tête de l'os, dans le sens d'une ligne qui, partant du point où l'on a terminé la section du premier ligament, traverserait obliquement le dos de la main pour venir se terminer sur l'articulation du cinquième métacarpien avec la première phalange du petit doigt. Pour cela, l'on renverse le poignet de manière que le talon de l'instrument regarde le radius et la pointe le petit doigt; l'on divise une portion du ligament, qui, du trapézoïde, se rend sur la tête du deuxième métacarpien, et, pour couper l'autre portion, l'on fait agir la pointe du bistouri dans le sens d'une seconde ligne, qui, partant du tiers interne de la tête du second métacarpien, se dirigerait obliquement en haut et en dedans pour aller se terminer vers l'apophyse styloïde du cubitus. On forme ainsi une espèce de N. Ensuite l'on porte perpendiculairement le bistouri entre les deuxième et troisième métacarpiens, et, en le faisant agir devant soi, l'on di-

vise les deux ligamens dorsal et palmaire, à l'aide desquels sont unis ces deux os ; on luxe pour pénétrer dans l'articulation et aller couper le ligament palmaire. L'os dégagé, l'on fait les ligatures nécessaires et l'on réunit par première intention.

2°. *Amputation du médius.*

Toutes les dispositions ayant été prises comme il a été dit plus haut, l'opérateur fait, le long de la face dorsale du troisième métacarpien, une incision qui s'étendrait depuis la tête de cet os jusqu'à son articulation avec la première phalange. Il divise le tendon extenseur; l'aide porte la peau en dehors, et le bistouri étant tenu en troisième position, l'opérateur l'enfonce perpendiculairement entre les deuxième et troisième métacarpiens, de manière à traverser la paume de la main, rase le côté externe du troisième métacarpien, et vient sortir à la commissure des doigts. Ensuite, il fait porter la peau en dedans, enfonce perpendiculairement l'instrument entre les troisième et quatrième métacarpiens, pour venir sortir dans la paume de la main par la première incision, rase le côté interne du troisième métacarpien, et termine le lambeau à la hauteur du précédent. Prenant le bistouri en troisième position, la pointe dirigée en bas et le tranchant en avant, il l'en-

fonce entre les deuxième et troisième métacarpiens, coupe les ligamens qui unissent les deux os, baisse le poignet pour circonscrire la tête du troisième métacarpien, et diviser le ligament qui l'unit au trapézoïde. En circonscrivant la tête du troisième métacarpien, il ne faut pas aller au delà de trois lignes, parce que l'on tomberait sur le grand os. On forme ainsi un arc de cercle qui doit venir se terminer entre les troisième et quatrième métacarpiens, ayant soin néanmoins de conserver le côté externe de l'arc un peu plus ouvert : pour cela, l'on conduira l'instrument comme si l'on voulait aller tomber à la réunion du tiers supérieur avec le tiers moyen du cinquième os du métacarpe. Ensuite l'on pénètre perpendiculairement entre les troisième et quatrième métacarpiens, pour diviser les ligamens qui assujettissent ces deux os ensemble; on luxe pour pénétrer dans l'articulation et diviser les ligamens palmaires, on fait les ligatures et l'on réunit.

3°. *Amputation de l'annulaire.*

Pour désarticuler cet os, le procédé est le même que celui que nous venons de décrire, avec cette différence que, pour diviser le ligament dorsal, il faut agir à peu près transversalement.

4°. *Amputation des second et troisième métacarpiens à la fois.*

Afin d'éviter les répétitions, nous nous bornerons à dire que la première incision, qui s'étend du poignet aux phalanges, doit être faite entre les deux os à désarticuler, qu'ensuite l'aide portant la peau en dehors, l'opérateur pénètre avec le bistouri entre les parties molles et le côté externe du second métacarpien, pour venir sortir dans la paume de la main et tailler un lambeau, comme il est dit plus haut. Cela fait, l'aide porte la peau en dedans, sur le côté interne du troisième métacarpien, et l'opérateur enfonce l'instrument entre cet os et les parties molles, pour venir sortir par la première incision pratiquée à la paume de la main et tailler un lambeau de la longueur du précédent; il désarticule ensuite, comme il a été dit pour chacun des os en particulier. Il n'est pas nécessaire de couper les ligamens qui unissent les deux os sur lesquels on opère.

5°. *Amputation des troisième et quatrième métacarpiens.*

Il faut pratiquer l'incision longitudinale entre les troisième et quatrième métacarpiens, faire porter la peau en dehors, pénétrer le long du bord externe du troisième métacarpien jusqu'à

la paume de la main, et tailler le premier lambeau; ensuite faire porter la peau en dedans jusqu'au bord interne du quatrième métacarpien, pénétrer sur le côté de cet os jusqu'à la paume de la main, former le second lambeau, faire les ligatures et réunir.

6°. *Amputation des second, troisième et quatrième métacarpiens.*

Pour obtenir les lambeaux, l'opérateur, armé d'un couteau droit, à lame étroite, incise la peau le long de la face dorsale du troisième métacarpien, coupe les tendons des extenseurs, en glissant à plat l'instrument entre eux et le métacarpe, et en relevant ensuite le tranchant en haut. L'aide porte la peau en dedans jusqu'au bord externe du second métacarpien, le chirurgien pénètre sur le côté de cet os jusqu'au milieu de la paume de la main pour faire le premier lambeau (il est nécessaire d'incliner un peu le manche du couteau du côté du pouce); la peau étant ensuite portée en dehors jusqu'au bord interne du quatrième métacarpien, il enfonce l'instrument entre cet os et les parties molles, pour venir sortir à la paume de la main par la première incision et tailler le second lambeau, désarticule, comme il a été dit pour chacun des trois os en particulier, fait les ligatures et réunit.

7°. *Amputation des quatre derniers métacarpiens, en conservant le pouce.*

Le malade étant assis sur une chaise, un aide comprime l'artère brachiale, tandis qu'un autre tient fortement la main dans la supination, le pouce écarté. L'opérateur cherche l'articulation du cinquième métacarpien avec l'os crochu. Pour cela, il file avec le doigt indicateur droit ou gauche, suivant le côté sur lequel il opère, le long du bord interne du cinquième os du métacarpe, jusqu'à ce qu'il rencontre une éminence. C'est là qu'est l'articulation; il fait exécuter quelques mouvemens à l'os pour s'en assurer de plus en plus, saisit la phalange avec le pouce et les troisième, quatrième et cinquième doigts, tandis qu'avec l'indicateur de la même main il longe obliquement la face palmaire du métacarpe, pour aller marquer l'articulation du second métacarpien. Alors, tenant un couteau à lame droite et étroite, il l'enfonce à plat par le point marqué avec le doigt indicateur, et vient sortir derrière la commissure du pouce, vers l'extrémité inférieure du deuxième métacarpien, rase la face antérieure du métacarpe pour tailler un lambeau qu'il termine à la hauteur des articulations métacarpo-phalangiennes. L'aide portant la main dans la pronation, le chirurgien réunit, par une incision trans-

versale, les deux angles de la première section, fait tirer la peau en haut et s'occupe de la désarticulation. Dans ce but, il prend un bistouri droit, tenu en troisième position, file le long du bord externe du deuxième métacarpien jusqu'à ce qu'il rencontre la tête de cet os, le contourne avec la pointe pour diviser le ligament dorsal qui l'unit au trapèze ; sans chercher à pénétrer dans l'articulation, il dégage le bistouri et en porte le tranchant sur la tête de l'os, dans le sens d'une ligne qui, partant du point où on a terminé la section du premier ligament, traverserait obliquement le dos de la main pour venir finir sur l'articulation du cinquième métacarpien avec la première phalange. Pour cela, il renverse le poignet de manière que le talon de l'instrument regarde le radius, et la pointe le petit doigt, coupe une partie du ligament qui, du trapézoïde, se rend sur la tête du deuxième métacarpien, et pour diviser l'autre portion du ligament, il fait agir la pointe du bistouri dans le sens d'une seconde ligne qui, partant du tiers interne de la tête du deuxième os du métacarpe, se dirigerait obliquement en haut et en dedans pour aller se terminer vers l'apophyse styloïde du cubitus, renverse de nouveau le poignet, afin de diviser le ligament, qui, du grand os, se porte sur le troisième métacarpien, et achève la section des ligamens dorsaux, en décrivant une

légère courbe, qui viendrait se terminer, en dedans de l'articulation du cinquième métacarpien, avec l'os crochu. Il décrit une figure semblable à celle-ci ∧∪. Cela fait, il luxe le métacarpe, pénètre dans l'articulation, et termine l'opération par la section des ligamens palmaires, lie les vaisseaux et réunit.

Observation *de l'amputation des premier, deuxième et troisième métacarpiens dans les articulations carpo-métacarpiennes. Guérison du sujet;*

Par le même.

Le 27 novembre 1833, à cinq heures après midi, le nommé V***, âgé de trente ans, de Senoncourt, village à quelques lieues de Vesoul, étant à la chasse, voulut, en rentrant chez lui, décharger un fusil double dont il était armé; il vise un objet, lâche la détente, le coup part, et le fusil éclate sur la main gauche qui lui servait de point d'appui. Une blessure très grave est le résultat de l'explosion. Quatre heures après cet accident, je fus appelé pour y remédier; il était onze heures lorsque j'arrivai près du blessé, que je trouvai couché sur un lit, la main appuyée sur des linges tout ensanglantés.

L'examen de la blessure me fit remarquer des

désordres considérables. Des parties molles de la paume de la main, l'éminence hypothénar seule avait été respectée, tout le reste était en lambeaux. La peau de la région dorsale ne couvrait plus que le troisième métacarpien. Une portion du trapèze avait été enlevée, et, à quelques lignes au dessous de son articulation avec le premier métacarpien, ce dernier os était à nu et fracturé d'abord en bec de flûte, et ensuite longitudinalement jusqu'à son articulation avec la première phalange. Une fracture comminutive existait vers la réunion du tiers moyen avec le tiers inférieur des deuxième et troisième métacarpiens, et le premier de ces deux os était dénudé dans toute son étendue.

Pour prévenir les suites funestes d'une telle blessure et obtenir une prompte guérison, l'amputation me parut indispensable; mais j'avais à opter entre la désarticulation du poignet et celle des trois métacarpiens. En pratiquant la première, je ne devais avoir qu'un moignon pour résultat, tandis que la deuxième m'offrait l'avantage de conserver deux doigts qui pourraient plus tard rendre quelques services; cette circonstance me fit décider en faveur de l'amputation partielle de la main dans les articulations carpo-métacarpiennes, et voici comment j'y procédai :

Le blessé étant couché sur le lit, la main dans la pronation, je fis comprimer, avec une bande

roulée, l'artère brachiale à son origine; ensuite, un aide soutenant l'avant-bras, avec un bistouri droit, à lame étroite, je détachai le trapèze et en même temps le premier métacarpien, ce qui fut assez facile. Cela fait, je pratiquai le long du bord externe du troisième métacarpien une incision qui, partant de l'extrémité supérieure de cet os, s'étendait jusqu'à son articulation avec la première phalange, pour remonter vers le quatrième métacarpien et se terminer à la hauteur du tiers inférieur de ce même os. Je disséquai la peau dans une étendue assez grande pour pouvoir mettre à découvert les articulations que je voulais ouvrir et la renverser sur le bord interne de la main. Ayant exécuté ce projet, j'enfonçai perpendiculairement le bistouri, tenu en première position, dans l'espace qui sépare les quatrième et troisième métacarpiens, afin de raser le bord interne de ce dernier os et venir sortir à la commissure des doigts. Le bistouri tenu en seconde position, je pénétrai de nouveau dans l'incision que je venais de pratiquer, en dirigeant devant moi le tranchant de l'instrument, afin de diviser les ligamens qui unissent les troisième et quatrième métacarpiens. Il ne s'agissait plus que d'ouvrir les articulations carpo-métacarpiennes et l'opération était terminée; ce que je fis en prenant le bistouri en troisième position pour filer

le long du bord externe du deuxième métacarpien jusqu'à la rencontre de la tête de cet os, que je contournai dans une étendue de trois lignes; ayant ensuite dégagé le bistouri, j'en portai le tranchant sur la tête de l'os, dans le sens d'une ligne qui, partant du point où je m'étais arrêté, traverserait obliquement le dos de la main pour venir se terminer sur l'articulation du cinquième métacarpien avec la première phalange du petit doigt. Pour cela, je renversai le poignet, de manière que le talon de l'instrument regardait le radius et la pointe le petit doigt. Dans cette section, je divisai une portion du ligament qui, du trapézoïde, se rend sur la tête du deuxième métacarpien, et pour couper l'autre portion, je fis agir la pointe du bistouri dans le sens d'une seconde ligne qui, partant du tiers interne de la tête du deuxième métacarpien, se dirigerait obliquement en haut et en dedans pour aller se terminer vers l'apophyse styloïde du cubitus; je formai ainsi une espèce de ⋀⋁, et, pour compléter la désarticulation, je divisai le ligament qui, du grand os, se rend sur le troisième métacarpien, en dirigeant mon instrument dans le sens d'une autre ligne qui, partant du sommet du troisième côté du ⋀⋁, viendrait tomber à la réunion du tiers supérieur avec le tiers moyen du cinquième os du métacarpe. En somme, je décrivis une figure semblable à celle-

ci /\/\ . Je luxai pour pénétrer dans l'articulation et couper les ligamens palmaires. La désarticulation terminée, j'enlevai avec les ciseaux toutes les parties molles déchirées, je liai toutes les artérioles que je pus atteindre, et qui étaient au nombre de sept, en faisant un nœud seulement, et, ayant coupé les fils tout près des vaisseaux, je réunis, par première intention. Cinq points de suture entortillés et quelques bandelettes agglutinatives furent employés pour maintenir en contact les lèvres de la plaie. Les bandelettes auraient suffi, si les lambeaux avaient été assez grands; mais, forcé d'exiger beaucoup de l'élasticité du lambeau de peau que j'avais disséqué, sa suture devint d'une urgente nécessité. Un gâteau de charpie, une compresse et une bande imbibés d'oxycrat terminèrent le pansement. La main fut placée sur une palette.

Il était minuit lorsque je quittai le blessé. Quelques heures après mon départ, des douleurs assez vives se firent sentir dans le membre amputé; une légère hémorrhagie se déclara et dura jusqu'au lendemain à six heures du soir. Cette perte de sang fut arrêtée par la compression de l'artère brachiale. Le cinquième jour seulement, le premier appareil fut levé; la plaie était dans un très bel état; la cicatrice avait commencé à se former, et, dans la crainte qu'elle ne se déchirât, les aiguilles, qui

avaient servi aux points de suture, furent respectées. Mieux valait attendre leur chute par le travail de la cicatrisation que de s'exposer à les replacer. Un gâteau de charpie sèche, une compresse et une bande suffirent pour ce pansement, qui ne fut renouvelé que tous les cinq jours, jusqu'à la fin du mois de décembre, époque à laquelle tout était terminé.

Cette opération a eu pour résultat une cicatrice linéaire, et V*** a conservé deux doigts, l'annulaire et l'auriculaire, dont il se sert déjà avec beaucoup d'adresse.

MÉMOIRE

SUR

LES ABCÈS DU FOIE, CONSÉCUTIFS AUX LÉSIONS TRAUMATIQUES EN GÉNÉRAL ;

PAR M. BRIARD, D.-M.,

Chirurgien-aide-major au 3e régiment du Génie.

Le foie est-il uni au cerveau par des rapports plus intimes qu'aux autres organes ?

Les abcès du foie sont-ils plus fréquens après les plaies de tête qu'à la suite des plaies des autres parties du corps ?

Telle est la double question dont je me propose de chercher la solution.

Hippocrate a dit : « *Quibus cerebrum vulneratur, iis ut plurimùm febris et vomitus bilis accidit.* » L'aphorisme du père de la médecine se vérifie tous les jours. Rien de plus fréquent, en effet, que le *vomitus bilis* à la suite des plaies de tête ; mais on a mal interprété le passage d'Hippocrate, en considérant ce symptôme comme dépendant de l'affection du foie, bien qu'il lui soit le plus ordinairement tout à fait

étranger; mais le vomissement bilieux accompagnant souvent les lésions cérébrales, on en a tiré cette conclusion que le foie doit avoir avec le cerveau des rapports sympathiques plus étroits qu'avec les autres organes.

Il peut arriver, sans doute, que les vomissemens bilieux qui surviennent après les plaies de tête dépendent d'une affection du foie; mais ils se rattachent presque toujours à la sympathie qu'exerce le cerveau sur l'estomac, laquelle sympathie est mise en jeu par la commotion cérébrale. Dans cette circonstance, le vomissement peut se déclarer au moment de l'accident, et continuer aussi long-temps que les effets de la commotion se continuent dans l'encéphale. Je l'ai vu durer pendant trois jours, et ne cesser qu'avec l'assoupissement qui avait suivi une chute grave sur l'occiput.

Partant d'un principe faux, les hommes de l'art négligèrent presque entièrement l'étude de l'influence que peuvent avoir sur le foie les lésions du tronc et des membres, pour fixer, à l'occasion des plaies de tête seulement, leur attention sur les phénomènes qui se passent dans le premier de ces viscères. Souvent leurs recherches furent vaines, leurs espérances trompées; mais lorsqu'il leur arriva de trouver ce qu'ils

cherchaient, ils ne virent que la confirmation du principe qui les guidait.

Parmi les anciens, Galien et Ambroise Paré n'évitèrent pas cet écueil. Parmi les modernes, des hommes du plus grand mérite tombèrent dans la même faute. Desault, dans le premier volume de ses *Œuvres chirurgicales*, publiées par Bichat, reconnaît 1° « qu'il existe un rapport » inconnu, mais réel, entre le cerveau et le foie, » rapport plus spécial qu'entre les autres vis- » cères; 2° que, par lui, l'affection du premier » détermine presque toujours dans les fonctions » du second une altération démontrée sur le ca- » davre par les traces d'engorgement, d'inflam- » mation, par les abcès qu'on y trouve; sur les » vivans, par les nausées, les vomissemens bi- » lieux, etc. »

Boyer et le professeur Andral partagent la même opinion; cependant les œuvres du célèbre Morgagni renferment un passage tout à fait opposé à la manière de voir des auteurs que je viens de citer. Voici ce que l'on trouve T. III, page 69, édition de Tissot, lettre LI, § 22 : « Quò magis » inter eos qui de his posteà scripserunt, laudan- » dus est Cl. Molinellius, qui, ut par est, rem sibi » priùs accurate observandam, quàm explican- » dam esse, censuit : viditque interdùm pus in » alias quidem partes, sed non in jecur; in non

» paucis autem neque in hoc, neque in illas
» translatum; in aliis verò in jecur utique, *sed*
» *non secus à vulneratis, aut exulceratis aliis*
» *partibus quàm à capite.* A quo ut magis in-
» telligas non sæpè adeo in jecur traduci; sic
» habeto necdùm accidisse mihi, quod memi-
» nerim, *ut viderem;* Valsavæ autem in tot dis-
» sectionibus *vix semel*, idque cùm in pulmo-
» nes quoque, plurimùmque in ipsas thoracis
» caveas esset translatum. «

Ces paroles de Morgagni sont claires. Il dit positivement qu'il n'a pas vu de collection purulente dans le foie succéder plus souvent aux plaies de tête qu'aux plaies des autres parties du corps. Il assure même que ses souvenirs ne lui en offrent pas un seul exemple, et que Valsava, dans ses nombreuses dissections, ne l'a observé qu'une fois. Ce passage de Morgagni, si contraire aux opinions reçues, devait, ce me semble, s'il eût été bien médité, provquer de sérieuses réflexions, et contribuer à faire généraliser des recherches qui, jusqu'alors, avaient été dirigées vers un but unique.

Cette manière exclusive d'envisager les affections du foie qui succèdent aux lésions traumatiques servit non seulement à propager l'erreur, mais elle contribua beaucoup aussi à faire naître certaines théories plus ou moins étranges, au

moyen desquelles on s'efforçait d'expliquer ce phénomène. Ainsi, Barbette prétendait que les abcès hépatiques consécutifs aux plaies de tête provenaient d'une mauvaise disposition que le sang contractait en passant par le cerveau. Parlerai-je de la théorie de Bertrandi et de celle de Pouteau, fondées toutes deux sur les lois de la circulation, et toutes deux diamétralement opposées? Le professeur Richerand dit que la formation des abcès au foie lui semble dépendre de la commotion générale à laquelle cet organe participe. C'est dans la disposition et la structure anatomiques de ce viscère, qu'il cherche l'explication du rapport qui existe entre ses affections et celles du cerveau. M. Richerand cite en faveur de son opinion plusieurs observations chirurgicales. Non content de cela, et voulant encore appeler l'expérience au secours du raisonnement, il fit précipiter une quarantaine de cadavres de plusieurs toises de hauteur. A l'ouverture, il dit avoir toujours trouvé le cerveau et le foie plus ou moins meurtris, et il pense avoir ainsi donné une explication plausible des accidens dont il s'agit.

Je suis loin de confondre l'opinion de l'auteur de la *Nosographie chirurgicale* avec les vaines hypothèses de Barbette, de Bertrandi, etc.; sans doute, dans certains cas, les meurtrissures

que le foie, eu égard à son volume et à sa structure, est susceptible de recevoir dans une violente secousse, peuvent contribuer à la formation des abcès qui succèdent aux lésions cérébrales; mais comment expliquer l'origine de ces abcès, lorsqu'ils se développent, comme il y en a de nombreux exemples, après des plaies de la tête qui n'ont point été accompagnées de violentes secousses? Il est facile de voir que l'opinion de M. Richerand ne peut servir de fondement à une règle générale. D'ailleurs, cette théorie a été victorieusement réfutée par M. Larrey, qui a donné, à son tour, du phénomène dont il est question, une explication déduite de raisons anatomiques, et qui a le mérite d'être applicable, non seulement aux plaies de tête, mais bien aussi aux plaies des membres et du tronc.

D'autres auteurs ont considéré ces abcès du foie comme le résultat d'une métastase; cette explication ne peut, non plus que celle de M. Richerand, s'appliquer à la généralité des cas.

Cette diversité d'opinions prouve que la véritable cause des abcès dont il s'agit n'est pas encore connue; elle semble démontrer aussi que cette cause n'est peut-être pas toujours la même, et qu'elle est susceptible de varier suivant les circonstances et les prédispositions individuelles.

Plein de respect pour les œuvres de nos grands

maîtres, je ne doutais pas de la fréquence des affections du foie à la suite des plaies de tête, et je me proposais de faire des recherches cadavériques à ce sujet, toutes les fois que l'occasion s'en présenterait. J'ai rencontré quatre fois des abcès dans l'organe hépatique, et le hasard a voulu qu'ils ne fussent pas consécutifs aux lésions cérébrales, mais bien à celles des membres. Voici ces observations, recueillies sous les yeux des officiers de santé en chef de l'hôpital militaire de Barcelonne.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Coup de sabre dans le pli du bras, lésion de l'artère brachiale, ligature de ce vaisseau, hémorrhagies consécutives, symptômes d'hépatite, mort; abcès dans le foie.

Un brigadier du 3e régiment de hussards, âgé de vingt-quatre ans environ, d'un tempérament nerveux, reçut en duel un coup de sabre dans le pli qui sépare le bras de l'avant-bras. L'arme pénétra profondément, l'artère brachiale fut entièrement divisée, et une hémorrhagie considérable s'ensuivit. Le blessé fut immédiatement conduit à l'hôpital, où l'on appliqua une ligature sur le bout supérieur de l'artère. Ce fut en vain que l'on chercha le bout inférieur du vaisseau, on ne le trouva point. Les lèvres de la

plaie furent rapprochées au moyen de bandelettes agglutinatives et le bras malade placé sur un coussin dans la demi-flexion. Deux jours s'étaient écoulés sans accident, et déjà la plaie commençait à se réunir, lorsqu'une hémorrhagie vint tout à coup détruire le travail de la nature et l'espoir d'une prompte guérison. Il fallut écarter les lèvres de la plaie pour procéder à la recherche du vaisseau qui fournissait le sang. La ligature ne s'était point dérangée, et l'on s'aperçut que le sang sortait du bout inférieur. La compression et le tamponnement arrêtèrent l'hémorrhagie. Cet accident se renouvela plusieurs fois pendant deux jours et exigea l'emploi répété du même moyen. La plaie suppurait assez abondamment, lorsque des accidens d'une autre nature vinrent se joindre aux précédens : il survint des vomissemens bilieux, accompagnés d'une douleur sourde vers l'épigastre et l'hypochondre droit ; le malade prit une teinte ictérique prononcée ; plusieurs applications de sangsues furent faites sur l'endroit correspondant à la douleur; il n'y eut point d'amélioration, et le blessé succomba.

A l'autopsie cadavérique, qui eut lieu le lendemain, on trouva plusieurs abcès disséminés dans le parenchyme du foie.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Coup de feu à la partie postérieure et inférieure de la cuisse, symptômes d'hépatite, mort; abcès dans le foie.

Un courrier d'administration, âgé d'une trentaine d'années, d'un tempérament sanguin bilieux et bien constitué, reçut, près de Mataro, un coup de feu vers la partie postérieure et inférieure de la cuisse. Le coup fut dirigé de haut en bas; la balle passa sous les vaisseaux et nerfs poplités et vint sortir à la partie supérieure et interne de la jambe. Le blessé fut recueilli dans une maison voisine du lieu de l'accident, et reçut d'un chirurgien espagnol quelques soins, qui se bornèrent à toucher les plaies avec de l'huile chaude et à faire prendre quelques toniques à l'intérieur. Trois jours s'étaient écoulés lorsque cet homme fut appporté à l'hôpital de Barcelonne. Un gonflement considérable occupait tout le membre : on débrida largement les plaies et on les couvrit de cataplasmes émolliens. L'état général du malade n'était pas plus satisfaisant que celui du membre blessé. Il y avait beaucoup d'anxiété, une chaleur brûlante à la peau, une soif intense. Le lendemain, douleur à l'hypochondre, vomissemens bilieux. Plusieurs fortes applications de

sangsues n'obtinrent aucun résultat, et ce blessé mourut.

L'autopsie eut lieu, et l'on trouva, comme chez le sujet de l'observation précédente, plusieurs foyers purulens dans le foie.

TROISIÈME OBSERVATION.

Coup de feu dans la paume de la main, ablation du troisième métacarpien et du doigt correspondant; symptômes d'hépatite; mort; abcès dans le foie.

Un jeune soldat du 16e régiment d'infanterie de ligne, âgé de vingt-deux ans, d'un tempérament sanguin et bilieux, d'une constitution robuste et d'un caractère très indocile, se tira un coup de fusil dans la paume de la main pour tâcher d'obtenir son congé. La balle fracassa le troisième métatarsien, que l'on fut obligé d'enlever avec le doigt correspondant. Cette opération fut douloureuse et supportée avec beaucoup d'impatience. Les jours suivans, le blessé fut en proie à une vive agitation; la fièvre s'alluma, des vomissemens accompagnés d'une douleur sourde à l'épigastre et à l'hypochondre droit s'y joignirent, et, malgré un traitement antiphlogistique général et local bien dirigé, le malade ne tarda pas à succomber.

A l'ouverture du cadavre, on trouva plusieurs abcès disséminés dans la substance du foie.

QUATRIÈME OBSERVATION.

Coup de feu dans les deux cuisses, avec fracture d'un des fémurs; symptômes d'hépatite; mort; abcès dans le foie.

M. de V***, officier au 29e régiment de ligne, âgé de vingt-quatre ans environ, d'un tempérament sanguin-bilieux et d'une forte constitution, reçut, dans un duel au fusil, une balle qui traversa les deux cuisses et brisa un des fémurs. Le blessé fut transporté immédiatement à l'hôpital; les plaies furent débridées et pansées; et le bandage de Scultet, convenablement modifié, fut appliqué sur le membre fracturé. Le même jour, on pratiqua une abondante saignée du bras. Bientôt une douleur assez forte se fit ressentir vers l'hypochondre droit; des vomissemens bilieux se déclarèrent, en même temps qu'une teinte jaune assez prononcée se répandit sur tout le corps. Même traitement, même terminaison que chez les malades des observations précédentes.

A l'autopsie, on trouva plusieurs petits abcès dans le foie.

Aux observations qui précèdent, j'ai cru devoir en ajouter cinq autres, extraites textuellement des différens auteurs auxquels elles appartiennent.

CINQUIÈME OBSERVATION.

Fausse articulation à la partie moyenne de l'humérus; emploi du séton; le cinquième jour, apparition de symptômes d'hépatite; mort; abcès dans le foie; par M. le baron LARREY.

L'un des soldats prussiens traités sous nos yeux à l'hôpital du Gros-Caillou, dans le courant de juin 1814, portait, depuis le combat de Paris, à la partie moyenne du bras droit, deux plaies fistuleuses, avec déperdition de substance à l'humérus, et une fausse articulation. Les deux fragmens paraissaient être arrondis à leur surface, de manière à pouvoir glisser l'un sur l'autre; le membre, d'ailleurs, était assez sain, et le sujet assez bien portant. Dans l'intention d'obtenir la soudure des fragmens, on attaqua cette fausse articulation par le séton; en conséquence, à l'aide d'une aiguille, on passa entre les deux fragmens osseux une bandelette de linge effilé.

L'inflammation se manifesta le cinquième jour et se développa rapidement; les deux fragmens osseux et les parties molles environnantes se tuméfièrent tellement que l'engorgement s'étendit à l'épaule et jusqu'aux doigts. A ces accidens locaux se joignirent des douleurs vives dans l'hypochondre droit, avec difficulté de respirer, op-

pression, et une fièvre traumatique très violente. Notre premier soin, en voyant le malade dans cet état, fut d'extraire le séton, de faire appliquer sur le membre des émolliens et à l'hypochondre deux ventouses scarifiées; de prescrire les rafraîchissans et les antispasmodiques. Ces moyens furent inutiles; les accidens s'aggravèrent; une affection gangreneuse se manifesta aux deux plaies du bras, dont le volume était énorme, en même temps que le malade éprouvait des douleurs lancinantes dans la région du foie. Peu de jours après, nous aperçûmes sous le rebord des fausses côtes une tumeur saillante avec fluctuation, et présentant d'ailleurs tous les symptômes d'un abcès au foie.

L'état de dépérissement et de faiblesse extrême de ce blessé ne nous permit pas de mettre en usage aucun des moyens indiqués pour la maladie du bras et celle du foie. Il expira vingt-quatre heures après l'invasion de la gangrène.

La dissection du bras, faite le lendemain, nous fit reconnaître une inflammation profonde et étendue des membranes des fragmens osseux, sur lesquels elle avait évidemment commencé; des fusées s'étendaient le long du bras jusqu'au creux de l'aisselle et sous les muscles pectoraux.

L'ouverture du bas-ventre nous fit découvrir,

dans l'épaisseur et au centre du grand lobe du foie, un abcès énorme prêt à s'ouvrir dans cette cavité.

SIXIÈME OBSERVATION.

Coup de feu dans le bras; le sixième jour, symptômes fâcheux; le treizième, symptômes d'hépatite bien prononcée; le dix-neuvième, mort; abcès dans le foie; par M. le Dr Bouly.

Au mois de vendémiaire an 8, un militaire blessé près d'Alcmaer, en Hollande, fut péniblement transporté jusque dans l'hôpital militaire de Bruxelles, où j'étais employé. A son arrivée, on reconnut que cet homme, âgé de vingt-deux ans environ, portait un coup de feu dans le bras droit : la balle, qui avait pénétré au dessus et un peu derrière la tubérosité externe de l'humérus, avait contus cet os et était sortie à travers le deltoïde et la peau, vers la partie externe et supérieure de l'épaule. Le malade se plaignait d'une douleur obtuse dans toute la partie lésée ; une suppuration assez louable s'échappait des deux plaies qui lui présentaient des issues suffisantes ; le pouls était naturel ; le visage, quoiqu'un peu altéré par les fatigues militaires et par le transport que le malade venait d'essuyer, annonçait néanmoins une bonne constitution.

Rien ne paraissait indiquer la nécessité de

saigner ou de prescrire un régime sévère : seulement, au troisième jour, on administra à ce militaire un léger purgatif; et, comme il semblait utile de soutenir ses forces et de le remettre des fatigues qu'il venait d'éprouver, on fut un peu indulgent à son égard dans les prescriptions alimentaires pendant les cinq premiers jours. Son état ne parut pas empirer; mais, au sixième, il se plaignit de sentir une douleur profonde plus forte qu'auparavant, qui détermina l'application d'un cataplasme émollient sur la partie affectée. Ce moyen sembla diminuer un peu la douleur; mais le soulagement ne fut pas de longue durée, car les souffrances du malade augmentèrent insensiblement pendant les quatre jours suivans sans qu'on s'aperçût cependant d'aucune rougeur ou de quelque gonflement sensible qui dénotât l'inflammation à l'extérieur. Quelques symptômes de saburre gastrique se manifestèrent; l'appétit diminua beaucoup; le sommeil s'évanouit, et des mouvemens fébriles ne tardèrent pas à paraître.

Ces circonstances commandèrent l'usage des antiphlogistiques; on retrancha au jeune homme ses alimens; on lui prescrivit quelques lavemens émolliens et un second purgatif; mais il le refusa obstinément. Au dixième jour, les douleurs devinrent si fortes, qu'elles ne lui laissaient plus de repos; la fièvre augmenta considérablement; la

respiration devint pénible, les urines rares et rouges, et la langue se couvrit d'un enduit noirâtre.

Le pus, beaucoup moins abondant que de coutume, était devenu sanieux et causait une rougeur érysipélateuse sur les bords des deux ouvertures de la plaie : il fut presque entièrement supprimé au treizième jour, temps auquel le malade commença à se plaindre d'une douleur dans l'hypochondre droit. L'intensité de ces symptômes s'accrut comme par degrés, et le seizième jour l'ictère se manifesta d'abord à la face, ensuite par tout le corps ; puis il survint un hoquet violent qui fatigua le malade pendant trois jours, après lesquels il expira.

L'ouverture du cadavre fit découvrir dans l'épaule un abcès peu étendu, et placé entre la face supérieure de l'épine et le muscle sus-épineux, contenant un pus très fétide. Ce dépôt ne communiquait avec les ouvertures déjà mentionnées qu'à travers une fente opérée dans cette épine par la balle, qui, après avoir frappé contre cette partie, s'était déviée de sa première direction pour sortir par l'ouverture supérieure de la lésion externe.

Le foie présentait à la face inférieure de son gros lobe une tache blanche, longue de deux centimètres environ, qui, percée avec une lancette,

laissa couler plus de deux onces d'un pus blanchâtre mêlé de quelques stries sanguines.

SEPTIÈME OBSERVATION.

Coup de boulet à la jambe ; au bout d'un mois et demi, symptômes d'hépatite ; mort ; abcès dans le foie ; par le même.

Un autre militaire avait reçu dans la jambe droite un boulet, par lequel une portion assez considérable du jambier antérieur et de l'extenseur commun des orteils avait été emportée, ainsi qu'une portion du tibia. Exact pendant un mois et demi à suivre le régime sévère qui lui était prescrit, ce malade voyait sa plaie prendre un bon aspect; quelques bourgeons charnus s'élevaient déjà de la plaie de l'os. Ce malade se crut sauvé, et se permit d'abord d'outre-passer les prescriptions qui lui étaient faites ; mais bientôt il ne garda plus de mesure, et ses excès déterminèrent une fièvre très forte. Les divers symptômes, détaillés dans l'observation précédente, se manifestèrent; la plaie cessa de suppurer, la poitrine s'embarrassa, la douleur à l'hypochondre droit se fit sentir, l'ictère et le hoquet survinrent, et le malade succomba.

A l'ouverture du cadavre, on découvrit dans le parenchyme du foie environ trois onces d'un

pus jaunâtre : de plus, le poumon droit, qui paraissait être depuis long-temps tuberculeux, contenait aussi beaucoup de matière purulente, plus blanche que celle qui était amassée dans le foie.

HUITIÈME OBSERVATION.

Coup d'épée au petit doigt; le troisième jour, douleur dans l'hypochondre droit; amputation du petit doigt; mort le vingtième jour; abcès dans le foie; par GOURSAUD. (Prix de l'Académie royale de chirurgie.)

J'ai vu un soldat de la milice de Bordeaux, à l'hôpital de Limoges, qui avait reçu un coup d'épée au petit doigt; il survint des mouvemens convulsifs dans tout le bras; la fièvre et le gonflement de la partie ne tardèrent pas à se manifester. On fit plusieurs saignées au malade, sans aucun succès; au bout de trois jours, il sentit une douleur sourde dans l'hypochondre droit; les mouvemens convulsifs cessèrent, le gonflement diminua peu à peu, mais la fièvre persista toujours, et le malade mourut au bout de vingt jours.

A l'ouverture du cadavre, on trouva un demi-setier de pus dans la propre substance du foie, avec une déperdition de substance assez considérable.

NEUVIÈME OBSERVATION.

Contusion à la jambe; fièvre le dixième jour; mort le quinzième; abcès au foie; par le même.

Un homme ayant reçu un coup sur la partie supérieure du tibia du côté droit, presque sur la tubérosité, qui lui occasiona une vive douleur, il ne parut sur la partie qu'une simple contusion, qui fut pansée avec des compresses trempées dans l'eau de vie camphrée. Le dixième jour de l'accident, le malade fut pris d'une fièvre assez considérable, et il mourut au bout de cinq jours, c'est à dire le quinzième de la blessure.

A l'ouverture du cadavre, on trouva un abcès au foie, assez considérable.

J'ai dit, au commencement de ce travail, que j'avais vu le vomissement bilieux durer pendant trois jours et ne cesser qu'avec l'assoupissement qui avait suivi une chute grave sur l'occiput. Voici le cas auquel j'ai fait allusion.

DIXIÈME OBSERVATION.

Chute grave sur l'occiput; perte de connaissance; tumeur sanguine grosse comme un œuf de poule; assoupissement succédant à la syncope; vomissement bilieux; sangsues à la base du crâne; sinapismes aux extrémités inférieures, lavemens purgatifs, compresses trempées dans l'eau à la glace sur la tête; amélioration subite; guérison.

Me trouvant à Mende, au mois de juin 1829, et accompagnant le Conseil de révision dans sa tournée, je fus appelé pour donner des soins au jeune Guyot, âgé de douze ans, qui venait de faire une chute grave. Il se trouvait dans une charrette à la descente d'une montagne; le cheval prit le mors aux dents : l'enfant, menacé d'être précipité avec la voiture dans la profondeur d'un ravin, voulut sauter en bas, mais il ne tomba pas à plomb et fut jeté à la renverse sur l'occiput. Il perdit connaissance sur le coup, et resta deux heures environ dans cet état. Lorsque j'arrivai auprès de lui, il avait repris ses sens, mais il était dans un assoupissement dont on ne le tirait qu'avec peine; les pupilles étaient dilatées, le pouls lent et la peau un peu froide. Il y avait de fréquens vomissemens bilieux; nul signe de sensibilité à

l'épigastre et vers l'hypochondre droit. J'examinai le crâne ; l'occiput offrait une tumeur sanguine très développée et fluctuante. Je me bornai, pour le moment, à envelopper la tête avec des compresses imbibées d'eau froide, et je fis transporter le blessé en ville, sur un brancard convenablement disposé. L'assoupissement persistait, et l'enfant n'en sortait, de temps à autre, que pour répondre aux questions qu'on lui adressait ; les vomissemens continuaient. Il était dix heures du soir quand nous arrivâmes, après un trajet de deux lieues. Le blessé fut mis au lit. Prescription : diète, limonade, vingt sangsues à la base du crâne, résolutifs sur la tumeur, cataplasmes sinapisés sur les pieds.

Le lendemain, 12 juin, l'assoupissement a diminué un peu ; le vomissement persiste et donne beaucoup d'inquiétude aux parens ; l'épigastre et l'hypochondre sont toujours indolens. Prescription : diète, limonade, quinze sangsues à la base du crâne, sinapismes aux jambes, lavement purgatif, compresses résolutives sur la tumeur ; l'assoupissement et le vomissement continuent toute la journée et la nuit suivante.

Le 13, même état, mêmes prescriptions que la veille ; les vomissemens et le coma persistent. Le soir, voyant qu'il n'y avait pas d'amélioration sensible, je fis raser la tête du petit malade ; je

recommandai à sa mère de le veiller et de lui tenir constamment la tête couverte de compresses trempées dans l'eau à la glace, en les renouvelant le plus souvent possible. La prescription fut ponctuellement exécutée; vers deux heures du matin, l'enfant sortit de l'état de torpeur où il était, demanda ses vêtemens et voulut se lever. A partir de ce moment, le vomissement a cessé pour ne plus reparaître; la tumeur de l'occiput, grosse comme un œuf de poule, a été complétement résorbée au bout de dix jours. Le blessé a pu alors retourner au collége et reprendre ses occupations habituelles.

Il est évident que le vomissement, chez le sujet de cette observation, reconnaissait pour cause l'influence exercée par le cerveau sur l'estomac, puisqu'il a cessé avec les effets de la commotion, et que l'hypochondre droit a toujours été exempt de douleur. Eh bien! ce qui s'est passé chez cet enfant est précisément ce qui arrive dans la plupart des plaies de tête accompagnées de vomissemens. Ce symptôme est presque toujours l'effet de la sympathie réciproque qui unit ensemble le cerveau et l'estomac.

Des considérations générales et des observations qui précèdent, je conclus :

1°. Que le foie n'est pas uni au cerveau par

des rapports plus intimes qu'aux autres organes, comme on l'a cru pendant long-temps ;

2°. Que les abcès du foie ne sont pas plus fréquens à la suite des plaies de tête qu'à la suite des plaies des autres parties du corps ;

3°. Que ces abcès peuvent succéder, non seulement à des blessures plus ou moins graves, mais encore à de simples contusions, comme l'indique la neuvième observation ;

4°. Qu'ils peuvent survenir quelques jours après l'accident comme à une époque déjà très éloignée, et que les écarts de régime sont susceptibles de contribuer à leur développement, comme l'indique la septième observation ;

5°. Qu'après les lésions traumatiques et les opérations chirurgicales, quel que soit d'ailleurs leur siége, on doit surveiller avec la plus grande attention ce qui se passe vers le foie, afin de combattre énergiquement, dès leur début, les irritations dont il pourrait être atteint ;

6°. Enfin, qu'il est extrêmement probable que les abcès du foie, consécutifs aux lésions traumatiques, ne reconnaissent pas toujours la même origine, mais, au contraire, que leur cause varie selon les circonstances qui ont accompagné ou suivi la blessure, et selon les prédispositions individuelles.

OBSERVATION

D'UNE

NECROSE DE L'HUMÉRUS

ET DE

L'OPÉRATION DU SÉQUESTRE PAR LE TRÉPAN ;

Par M. GUÉRIN, D.-M.,

Chirurgien-aide-major à l'hôpital militaire établi près des eaux de Bourbonne.

La nécrose, mort d'une partie ou de la totalité d'un os, est une maladie très lente dans sa marche, très obscure dans ses progrès, d'une durée variable, contre laquelle les ressources de l'art sont ordinairement bornées à une sage et prévoyante expectation. On abandonne, en effet, de nos jours, à la nature tout le travail de l'isolement de l'escarre osseuse. La temporisation a pour avantage de lui donner le temps de consolider et de perfectionner l'organisation du nouvel os ; pendant ce temps, d'ailleurs, des changemens heureux et inattendus peuvent survenir, et l'expulsion du séquestre peut se faire par des moyens plus doux et

moins dangereux que ceux employés par le chirurgien.

Il arrive cependant un moment où le rôle de celui-ci est actif, et où il doit anticiper sur les derniers efforts de la nature, pour hâter la terminaison de la maladie et sauver les jours du sujet. Ainsi, lorsque la constitution est affaiblie par le travail antérieur à la séparation de la portion d'os, que celle-ci est trop volumineuse pour pouvoir compter sur son expulsion spontanée, il faut procéder à l'opération sans délai, pourvu, toutefois, que le séquestre, devenu vacillant, soit privé de toute adhérence vitale. Il se présente ordinairement trois cas : ou bien l'os nouveau est encore assez mou pour se laisser facilement couper; ou bien il est entièrement ossifié, et il faut le perforer; ou bien encore il est percé assez largement pour qu'on puisse extraire le séquestre par ses ouvertures. L'observation suivante offre l'exemple du second cas, c'est à dire de l'entière organisation du nouvel os, et de la nécessité d'en détruire une partie pour donner issue au séquestre.

Vers la fin de janvier 1832, je fus appelé par un jeune homme de vingt-quatre ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, instituteur dans son village. Depuis huit ans, il ressentait des douleurs dans le bras et l'épaule du côté gauche, ainsi que dans la jambe correspondante, et bientôt il

s'y manifesta du gonflement. En vain, pendant plusieurs années consécutives, employa-t-il divers traitemens internes : il épuisa sans succès les remèdes antiscorbutiques et même les antisyphilitiques, bien qu'il crût pouvoir rapporter à une chute du haut d'un arbre la première cause de sa maladie. Désespéré du peu de secours qu'il trouvait dans l'avis des médecins qui le traitaient, il s'abandonna aux soins de diverses commères de son pays, qui ne le guérirent pas davantage. De nouvelles années s'écoulèrent, pendant lesquelles le mal fit des progrès, tant localement que dans toute l'économie. La jambe, extraordinairement gonflée, se couvrit d'abcès, qui s'ouvrirent et suppurèrent long-temps. Le bras ne manifesta que tardivement de la douleur et de la gêne dans ses mouvemens; enfin, arriva le moment où, ne pouvant plus se livrer à aucun genre de travail, il s'alita et eut de nouveau recours aux médecins, qui reconnurent à la nature de la suppuration des abcès de la jambe une altération profonde du tibia, et lui donnèrent des soins appropriés à l'époque du mal. L'escarre osseuse de la jambe tarda encore à se détacher ; cependant, après quelques mois, l'extrémité de la portion nécrosée s'offrit d'elle-même à l'ouverture fistuleuse inférieure, et la curiosité du jeune homme l'engageant à l'ébranler, elle sortit presque aussi-

tôt en entier, à l'aide de quelques légères tractions.

La plaie de la jambe fut bientôt cicatrisée; mais le bras qui, pendant le travail opéré dans le membre inférieur, avait paru cesser de souffrir, s'engorgea et se couvrit à son tour de plusieurs abcès. Instruit par ce qui venait de se passer, il crut pouvoir attendre sans secours la sortie d'une portion d'os de son bras, et dès lors il prit soin lui-même des abcès de ce membre, les fit suppurer et les entretint ouverts; mais bientôt plusieurs trajets fistuleux s'étant établis, sans apparence d'esquilles osseuses, il perdit patience et considéra la maladie comme différente de celle de la jambe; les douleurs qu'il y ressentait se calmèrent, et se contentant de le soutenir par une écharpe, il n'y fit plus beaucoup attention.

Voici l'état du bras à l'époque ci-dessus indiquée (janvier 1832) : volume double de l'épaule, gonflement avec bosselures dans toute l'étendue du bras, jusqu'à un pouce au dessus du coude, qui est resté parfaitement sain. Peau luisante, œdémateuse, dure et érysipélateuse par places : ouvertures fistuleuses dans trois points différens; l'une au niveau et à un pouce en dehors du pli de l'aisselle, en dedans du bord antérieur du muscle deltoïde; la seconde à un pouce au dessous de celle-ci dans la même ligne parallèle à

l'axe du membre ; la troisième à trois pouces de l'épicondyle de l'humérus, au côté externe du bras. Des bourgeons charnus, blafards, en forme de champignons, recouvrent ces ouvertures, par lesquelles il s'échappe une énorme quantité de pus séreux, fétide et tachant en noir le linge de l'appareil. La fistule moyenne n'existe qu'à la peau et va, en remontant obliquement de bas en haut, rejoindre la supérieure : ainsi, deux ouvertures existent seulement à l'os, une en haut et l'autre en bas.

Les mouvemens du bras sur l'épaule sont devenus presque impossibles, excepté en avant. Des douleurs profondes et lancinantes se font sentir, ainsi que des picotemens acerbes, lorsqu'on imprime une légère secousse au bras. Un stylet, porté à travers les fistules, pénètre assez avant et fait découvrir une surface osseuse rugueuse ; mais, attendu l'épaisseur des chairs qui recouvrent l'humérus et la présence des bourgeons charnus, on ne sent pas de mobilité au fond du trajet fistuleux.

L'état d'amaigrissement du malade, la coloration terreuse de la peau, l'irritation de l'estomac, marquée par la rougeur de la langue, le dégoût et l'inappétence, les accès de fièvre qui, chaque soir, épuisaient les forces par des sueurs abondantes, tous ces accidens me firent faire des re-

cherches plus exactes pour m'assurer de l'état des parties, et surtout de la nature de l'affection dont l'humérus était atteint.

Je pratiquai donc l'excision des bourgeons charnus de chaque fistule, et, à l'aide de bourdonnets assez volumineux, je dilatai fortement leurs ouvertures. Je crois qu'alors j'occasionai dans l'intérieur de l'os une stagnation du pus, qui ramollit les tissus environnans et brisa les derniers moyens d'attache du séquestre avec l'os nouveau. En effet, après quelques jours, je pus introduire non seulement le stylet avec plus de facilité, mais même le petit doigt, et m'assurer de l'existence d'un séquestre, d'une longueur considérable et entièrement mobile dans le canal médullaire de l'humérus. A l'aide de deux stylets introduits l'un par la fistule supérieure, l'autre par l'inférieure, j'imprimai au séquestre des mouvemens d'élévation et d'abaissement très sensibles ; mais je n'avais pu reconnaître encore le volume et la consistance de l'os nouveau, ce qui importait pour déterminer les instrumens à employer afin d'attaquer sa substance.

Je forçai l'extrémité d'une sonde cannelée, en suivant une des parois de la fistule supérieure, à rencontrer l'endroit où cessait la mollesse des chairs, et rompant ainsi l'union de ces dernières avec la surface externe de l'humérus, je jugeai,

en le frappant, de sa solidité, et, en mesurant la profondeur de la plaie, du volume qu'il avait acquis; à raison du gonflement considérable du bras et de l'aspect lardacé des chairs, on aurait pu croire que le corps de l'os était developpé et cartilagineux ; mais il n'en était rien.

Là cependant ne devaient pas se borner mes investigations : l'épaule était énorme; je n'avais pu sentir l'extrémité supérieure du séquestre, la maladie durait depuis huit ans, les mouvemens du bras étaient presque nuls, des douleurs se faisaient sentir au dessus de la clavicule. Il s'agissait donc de savoir si la tête de l'humérus ou l'articulation de cette extrémité avec le scapulum n'était pas malade. J'avoue qu'un instant j'ai préféré, par ces raisons, la désarticulation de l'épaule à l'opération du séquestre, que je ne croyais pas alors susceptible de succès.

Résolu, toutefois, de mieux observer encore le malade, je donnai quelques jours à l'expectation, le soumettant au régime adoucissant, lui faisant baigner le bras, qu'il entourait d'une atmosphère humide, au moyen de fomentations souvent renouvelées et tièdes ; je pratiquai quelques injections émollientes, et je rescisai à plusieurs reprises les bourgeons qui se développaient presque sous l'instrument; ce qui remplaça de petites saignées locales. Par ces moyens, j'obtins

la diminution de l'épaule, la réduction des chairs fongueuses, la disparition des douleurs et quelques mouvemens dans l'articulation de l'épaule : le stylet parvint un peu plus avant, et sentit le haut du séquestre, qui semblait comme enchatonné dans la portion spongieuse de la tête humérale. Je revins de ma crainte, et je proposai au jeune homme d'extraire le séquestre et d'abréger ainsi le travail que la nature seule ne pouvait achever. Il s'y décida sans peine, et nous fixâmes l'opération au 13 février.

Avant de la pratiquer, une question à résoudre était celle-ci : Quel est le point des chairs et de l'os sain à attaquer? Si je m'en fusse rapporté au conseil des auteurs, c'était à l'endroit le plus déclive et recouvert par le moins de chairs ; c'était donc, dans ce cas-ci, au point où existait la fistule inférieure, un peu au dessus et en dehors du coude, que les instrumens devaient être portés. J'aurais ainsi ménagé les gros vaisseaux et les nerfs qui rampent en dedans du membre. Si l'os eût été cartilagineux, j'eusse pu choisir cette place, mais il était entièrement ossifié ; et je devais me guider sur l'anatomie. Or, on sait que la partie supérieure du corps de l'humérus est d'un tiers plus volumineuse que l'inférieure avant sa courbure articulaire; que le canal médullaire représente ainsi une espèce de cône à

base en haut. Je devais donc supposer que le séquestre, ayant cette forme, ne pourrait sortir en bas, par une raison toute simple de disproportion de diamètre. D'ailleurs, les conseils de la nature devaient être pris en considération : l'ouverture fistuleuse supérieure était plus grande, plus directement en rapport avec l'ouverture de l'os aussi plus large en ce point ; la suppuration sortait peu par en bas, et les chairs du haut étaient plus affectées que celles de la partie inférieure du bras. Quoique je me rapprochasse de l'aisselle, de la tête de l'humérus, des gros vaisseaux et des nerfs, je dus donc choisir ce lieu, pour les raisons anatomiques et naturelles que je viens d'indiquer.

Le malade, couché sur le dos, la poitrine sur le même plan que le reste du tronc, et la tête faiblement élevée, étendit son bras sur un drap d'alaise, dans une direction perpendiculaire à l'axe du corps. Placé en dedans du bras, au bord du lit, je confiai la main du malade à M. le docteur S***, qui voulut bien m'aider. Je circonscrivis par deux incisions en forme d'ellipse les deux fistules supérieure et moyenne, en commençant à un pouce au dessus et finissant juste au dessous. J'obtins ainsi une déperdition de substance jusqu'à l'os, dans la direction de son axe, entre l'attache du deltoïde et les muscles coraco-brachial et biceps, déjetés en arrière par le gonflement du

tissu cellulaire. Les vaisseaux et nerfs du bras étaient aussi rejetés en arrière, de sorte que je n'eus qu'une très faible quantité de sang fournie par une artère sous-cutanée, que je tordis de suite : la veine basilique fut ménagée, ainsi que le tendon du muscle grand pectoral. Ne trouvant à l'os qu'une ouverture de cinq à six lignes, il me fut impossible d'attirer le séquestre; alors je circonscrivis une portion du périoste déjà entièrement organisé, assez large pour me permettre l'application d'une ou deux couronnes de trépan. Ce fut à ce moment que je causai de fortes douleurs au malade ; mais alors aussi M. le docteur S***, qui avait passé la nuit près d'une femme en couches, se trouva incommodé par l'odeur de la suppuration et les cris du malade, et je restai seul avec une femme qui servait de garde. Le malade me supplia de remettre la fin de l'opération au soir ou au lendemain, craignant sans doute qu'étant seul je ne pusse aussi aisément agir. J'y consentis pour le calmer, et recouvrant mollement la plaie de charpie et de linge fin, je lui fis prendre une potion gommeuse opiacée, qu'il devait seulement boire dans la nuit, après que tout aurait été fini.

Il dormit bien, sans agitation, et le lendemain il me présenta son bras avec beaucoup de courage, je dirai presque avec hilarité. Il n'était sur-

venu aucun accident, et la plaie parfaitement nette me permit d'appliquer très facilement deux couronnes de trépan l'une à côté de l'autre, et horizontalement, en travers de l'os, au dessous de l'ouverture faite par la nature, afin d'obtenir une largeur proportionnée au diamètre du séquestre. La même indisposition que la veille ayant éloigné de moi le docteur S***, je pratiquai seul le trépan, l'avant-bras du malade fortement serré entre mes genoux et accroupi de tout mon corps sur le lit. L'isolement où je me trouvais n'apporta ni retard, ni gêne, ni augmentation de douleurs au malade. Je ruginai l'angle que laissait le point d'union des deux rondelles d'os enlevées par le trépan, et je cherchai à retirer le séquestre; mais celui-ci tenant fortement en haut par une espèce de prolongement de substance fibreuse qui s'avançait dans son intérieur, je dus porter la pointe du bistouri pour l'en séparer. Alors il fut encore retenu par la longue pointe qui le terminait en haut, et lui faisait dépasser l'ouverture fistuleuse de l'os; je dus, pour le dégager, le déprimer par en-bas, ce qui causa de vives douleurs au coude, et le faire tourner sur son axe. Saisissant alors cette pointe, je l'attirai au dehors en forçant contre l'élargissement procuré au dessous de la fistule par les deux couronnes de trépan. J'entendis, pendant cette dernière ma-

nœuvre, un bruit près du coude, qui me laissa croire que l'extrémité inférieure du séquestre était, comme la supérieure, remplie par une espèce de moignon de substance fibreuse, placé à la manière d'un bouchon dans son centre, et y adhérant encore assez fortement. Le malade, en effet, me disait que je lui arrachais le coude lorsque j'attirais en haut le séquestre pour l'extraire de sa coque.

Sans perdre de temps, je nettoyai de mon mieux la plaie et le bras; je fis la réunion immédiate au moyen de bandelettes agglutinatives; une compresse fenêtrée, enduite de cérat, placée par dessus, de la charpie, des compresses et un bandage roulé, terminèrent l'appareil. Je plaçai le membre dans la demi-flexion, un peu rapproché du tronc, sur un coussin, et j'élevai un peu plus l'épaule que le coude. La même potion que la veille fut administrée, et j'ordonnai la diète absolue au malade.

La nuit fut calme, ainsi que les trois jours suivans. Le quatrième, il y eut une légère accélération du pouls, qui ne dura que trois à quatre heures, à l'approche de la nuit. Le cinquième jour, le malade réclama un peu de bouillon et de vin sucré, qui lui furent accordés. A la levée de l'appareil, le sixième jour, il n'y avait que peu de suppuration, et déjà le tiers supérieur de la plaie était réuni; je relâchai les bandelettes, afin

de ne point étrangler les chairs un peu gonflées depuis l'opération ; je renouvelai le pansement simple comme précédemment, et ne permis que des bouillons pour aliment, et pour tisane un peu d'eau rougie. Trois jours après, au second pansement, le tiers inférieur de la plaie était aussi réuni, et il ne restait au centre qu'une excavation profonde par laquelle il ne sortait plus qu'une lymphe graisseuse assez abondante : l'ouverture fistuleuse inférieure restait béante et fournissait le même liquide. Même pansement, même prescription.

Les pansemens suivans n'offrirent rien de remarquable, sinon la diminution sensible du gonflement de l'épaule et du haut du bras, avec la facilité plus marquée des mouvemens de ces parties. Au vingtième jour, le malade éprouva de la fièvre et la plaie se boursoufla un peu ; lors du pansement, je découvris une portion d'os qui, en forme d'éclat, s'était détachée du pourtour de la section faite par la couronne du trépan, et je la fis sortir.

Les jours suivans, la plaie paraissait entièrement fermée, quand le même accident reparut et donna lieu à de nouvelles recherches, qui produisirent la sortie d'une nouvelle esquille. De ce moment la cicatrisation se compléta, et la fistule

inférieure se ferma : le malade put manger un peu et prendre de l'exercice.

Le 15 mars, un mois depuis l'opération, il vint me faire voir son bras, où il ne restait que la trace de la déperdition de substance des chairs et une cicatrice un peu enfoncée, formant un sillon parallèle à l'os, et profond de trois lignes environ au centre. Je le regardais comme entièrement guéri ; mais, environ quinze jours après, un petit abcès formé sur le centre de la cicatrice l'obligea à recourir à moi : c'était une très faible parcelle d'os qui sortait encore. Quelques jours s'écoulèrent ; la cicatrice reprit de la force ; je l'engageai à ménager les mouvemens du bras, à éviter de se heurter contre des corps durs, et dès lors je n'en ai plus entendu parler. Je sais qu'il a aujourd'hui autant de force du bras gauche que du bras droit, qu'il n'a ressenti aucune douleur et aucune gêne, et qu'il jouit d'une bonne santé.

L'examen du séquestre, long de quatre pouces, démontre la justesse de la raison anatomique qui m'a engagé à tenter par le haut du bras son extraction ; car il a effectivement une forme conoïde. C'est évidemment la partie moyenne du corps de l'humérus, un peu plus cependant le haut que le bas, qui a été malade; d'ailleurs l'ouverture fistu-

leuse supérieure qui se trouvait un peu au dessus de l'attache du deltoïde prouve cette assertion. D'un autre côté, l'allongement de l'extrémité supérieure du séquestre par une pointe étendue justifia la crainte que j'avais eue de l'altération de la tête de l'humérus ; car certainement elle était fixée dans cette partie, et pouvait y occasioner des désordres : on a vu que j'avais été obligé d'abaisser le séquestre pour la dégager. Je dois dire ici que j'ai agi plus sur la face interne de l'humérus que sur l'externe, à l'aide du trépan, et qu'au lieu d'une seule couronne qui, du plus grand diamètre, n'eût pas suffi, j'ai préféré deux petites couronnes, bien que la manœuvre, dans ce cas, soit plus difficile, parce qu'en enlevant ensuite l'angle laissé entre elles j'obtenais une ouverture plus large et ovalaire dans le sens du séquestre, sans diminuer la force de l'os sain, ce à quoi il fallait faire bien attention pour éviter une fracture consécutive. A l'occasion du trépan, je dirai, non pas pour relever le mérite d'un semblable fait, qu'en agissant seul j'ai agi plus sûrement et plus aisément, parce qu'alors je pouvais combiner les mouvemens de l'instrument avec ceux que mes genoux imprimaient ou ressentaient à l'humérus. Obligé de pencher tantôt à droite, tantôt à gauche, à cause de la forme cylindroïde et l'inégale épaisseur de l'os, je n'aurais

pu m'entendre aussi bien avec l'aide le plus intelligent. C'est certainement dans des cas semblables, où le chirurgien est abandonné à son génie, qu'il lui est permis de mettre en mouvement tous les ressorts de son imagination, et de se fabriquer une méthode d'agir en rapport avec ses ressources.

Il serait superflu de présenter aucune autre réflexion sur ce fait; les auteurs ont parfaitement bien décrit toutes les périodes de la nécrose, et de nombreuses théories ont été établies pour expliquer le mode de régénération de l'os ou sa cicatrisation. On doit surtout à M. le baron Larrey des travaux très intéressans et très complets sur cette matière. Il n'y a guère, dans le récit que j'ai fait, que l'opération et la prompte cicatrisation qui puissent attirer l'attention : tout au plus pourrai-je me permettre de dire que la règle, indiquée par les auteurs, de choisir, pour opérer, l'endroit le plus déclive et le moins recouvert de chairs, est un peu trop absolue, que l'anatomie et les indications de la nature doivent la modifier très souvent. Je signalerai aussi, en finissant, la coïncidence de la nécrose sur les deux membres du même côté, mais sous deux modes différens, et je reconnaîtrai à cette maladie, chez ce jeune homme, une cause constitutionnelle, aidée par des circonstances de climat. Dans

le même village, un autre jeune homme, de même âge, un an auparavant, eut également une nécrose du tibia, pour laquelle il alla à Dijon, puis termina sa guérison dans les salles de M. le baron Dupuytren, à l'Hôtel-Dieu. J'avais également été consulté pour ce cas ; mais la nature seule débarrassa le malade de l'escarre osseuse, dont le volume et l'aspect étaient les mêmes que chez le sujet de mon observation. Il n'eut donc que peu de soins à recevoir, lors de son arrivée à Paris, pour parvenir à une entière guérison.

DISCOURS

Prononcé par M. Vauchelle, *intendant militaire de la 5e division, à l'occasion de la distribution des prix, à l'hôpital d'Instruction, le* 21 *novembre* 1833.

Messieurs et jeunes amis,

Ce titre, dont ma bouche vous salue, mon cœur se hâte de vous le confirmer. Qu'il soit pour vous, comme il le fut pour ceux qui vous précédaient naguère sur ces mêmes bancs où vous êtes assis, une première expression de mes sentimens, un premier gage des vœux que je forme pour votre bonheur.

La solennité, dont vous êtes ici l'objet, cette solennité à laquelle il m'est si doux de présider, n'est point une vaine cérémonie, un simple spectacle que nous venons offrir à des regards curieux ou à des esprits indifférens. La plus vive sympathie, le plus sincère intérêt animent et attirent ici tout ce qui vous entoure.

Ce sont les premiers magistrats de la cité, les chefs de l'Académie, vos professeurs et vos maîtres; ce sont les officiers généraux, les officiers supérieurs de l'état-major et des corps de la garnison représentant l'armée que vous êtes destinés à servir. Tous ils viennent pour être témoins de vos premiers succès, pour vous encourager à de nouveaux efforts par leur présence et les glorieux exemples

qu'elle rappelle ; tous, ils viennent pour honorer votre noble et utile profession, où les Coste, les Percy, les Larrey, les Desgenettes, ont tour à tour brillé de tant d'éclat, et que les heureux travaux de ceux qui les suivent placent aujourd'hui si haut dans l'opinion du monde savant, dans l'estime publique.

Oui, disons-le avec orgueil, les officiers de santé militaires ont une grande et belle part au mouvement qui porte la science en avant de ses vieilles limites. Ce sont eux qui en élargissent les voies trop long-temps rétrécies, ou fermées par la routine, qui en marquent ou décident les merveilleux développemens, et qui fondent cette ère de progrès, sous laquelle vous avez le bonheur d'en commencer l'intéressante et laborieuse étude.

C'est un Broussais qui, nouveau Colomb, comme lui, se fiant à son génie, à son audace, à sa fortune, cherche le monde inconnu qu'il a deviné, le découvre, s'y élance victorieux, et en saisit le sceptre. Ce sceptre, Messieurs, est celui de la médecine.

Ce sont de jeunes et habiles praticiens, dont les noms aussi ne tarderont pas à retentir, qui promettent à la chirurgie militaire, toujours prééminente en Europe, de nouveaux titres à l'admiration des savans, de nouveaux droits à la reconnaissance de l'humanité souffrante.

C'est enfin, ou plutôt ce fut un Serullas, l'honneur de la pharmacie militaire, qui, portant le flambeau de l'analyse sur les plus hautes sommités de la science, les rendit accessibles à tous les esprits, et créa, de toutes les ressources de son infatigable et vaste intelligence, les puissans auxiliaires que la chimie répand aujourd'hui dans nos laboratoires. Il succomba victime du choléra, il y a moins de deux ans, alors que de nouvelles et précieuses décou-

vertés allaient encore ajouter à sa gloire et aux bienfaits de sa vie.

Et ne vois-je pas ici deux de leurs disciples, maîtres eux-mêmes, qui, préparant avec éclat leur entrée dans la carrière de l'enseignement, avaient déjà, par d'ingénieux écrits et d'importans travaux, marqué la place qu'ils devaient bientôt y occuper? Je ne les nommerai pas ! votre mémoire, la mémoire de vos cœurs m'en dispensent. Vous fûtes les témoins de leur triomphe, dans les concours récemment ouverts pour deux chaires qui vaquaient à la Faculté de Strasbourg, Faculté justement célèbre et où d'habiles rivaux devaient se rencontrer. Vous tressaillîtes d'enthousiasme et de joie en les entendant proclamer vainqueurs. Quel officier de santé militaire pouvait n'être pas heureux et fier de leur succès? L'un des deux, il est vrai, devra rentrer dans la lice avant de recueillir tous les fruits de sa victoire; mais cette palme, qu'il avait si bien conquise, il saura, n'en doutez pas, la conquérir encore.

Vous ne pouvez, je le sais, aspirer tous à de tels succès, à de telles gloires; car Dieu n'a pas créé, quoi qu'on en dise, toutes les intelligences égales. Mais, par l'étude et l'application, par ce travail opiniâtre et cette volonté forte qui finissent par triompher des plus grands obstacles, vous pouvez tous acquérir le degré de savoir, de pratique et d'expérience nécessaire pour bien remplir vos devoirs.

Appartenant à l'armée, entretenus et instruits pour elle, vous êtes destinés à la suivre en tous lieux, à partager tous ses hasards, tous ses périls. Vous aurez à lui prodiguer les secours de votre art contre les maladies qui, incessamment, l'affligent ou la menacent, contre le fer et le feu de l'ennemi, contre le fléau plus redoutable encore des épidémies dont elle est quelquefois frappée.

De quel crime, oui, c'est le mot, de quel crime ne se rendrait pas coupable celui d'entre vous dont l'ignorance ou le défaut d'expérience devrait laisser périr le militaire qu'aurait respecté le fort des combats, celui qui aurait bravé l'intempérie des saisons ou la rigueur des climats, celui qu'eût oublié, dans ses affreux ravages, la fièvre jaune ou le choléra ?

Vos ames sont trop élevées, trop généreuses pour ne pas se révolter contre une pareille pensée. Vous sentirez donc que c'est pour vous un devoir de conscience et d'honneur, un devoir d'humanité et de cœur, de travailler sans relâche, de mettre à profit les leçons de vos maîtres, de puiser avec ardeur aux autres sources d'instruction dont cette ville abonde, d'assister assidument aux démonstrations et aux opérations chirurgicales, d'étudier jusqu'aux moindres règles du pansement des blessures et des plaies, quelles qu'elles soient, de ne dédaigner enfin aucun des soins qui peuvent devenir dans vos mains un moyen de guérison ou de soulagement.

Déjà, je dois le proclamer ici hautement, et j'en éprouve une véritable joie, votre application a commencé à se montrer plus grande et plus soutenue. Moins de préoccupations étrangères à vos études, disons le mot, moins de préoccupations politiques, ont marqué parmi vous l'année qui expire, cette année qui, bien que féconde en de graves événemens, a vu l'ordre et la paix se consolider ; les esprits se rasseoir; la raison publique, le vrai patriotisme et les lois triompher des folles théories, des mauvaises passions et des excès de tous les partis; la confiance renaître; le commerce, l'industrie, les sciences et les arts reprendre leur essor; tous les travaux d'utilité, recevoir une impulsion jusqu'alors inouïe ; et enfin nos institutions politiques se

développer et sortir victorieuses des plus difficiles épreuves : admirables fruits de notre belle révolution de 1830, bien comprise, du gouvernement libéral et sincère qu'elle a fondé, et du bon sens et des lumières de notre nation.

Sachez, Messieurs et jeunes amis, sachez jouir de tant d'élémens réels de bonheur, apprécier tant de nouveaux sujets d'espérance au milieu desquels vous débutez dans la vie. Sachez attendre que l'instruction, l'âge, la réflexion et l'expérience aient achevé d'éclairer, de nourrir et de fortifier vos esprits; et alors votre pays vous demandera de lui-même, au nom des lois qu'il s'est données, le tribut de vos talens, les généreux et utiles efforts de votre patriotisme pour l'affermissement et le progrès de ses libertés chéries.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES

DANS CE VOLUME.

MÉDECINE.

Recherches et observations relatives à l'emploi de l'émétique à haute dose dans les phlegmasies pulmonaires et arthritiques. . . . . Page 1

Note sur le mode d'action de l'émétique à haute dose dans le traitement de quelques maladies aiguës, par M. F.-T. Larroque. 12

Observations sur quelques pleuro-pneumonites, guéries par le tartre stibié à haute dose, dans le service médical de l'hôpital militaire de Thionville; par M. Louis Leroy. 34

De l'emploi du tartre stibié dans les phlegmasies pulmonaires; par M. Cassagne. 39

Note sur les effets obtenus de l'émétique à haute dose, dans le traitement de plusieurs affections arthritiques et rhumatismales; par M. Faréou. 52

Observations sur les phlegmasies pulmonaires traitées à l'aide de l'émétique à haute dose; par M. Durand. 63

Observations sur l'héméralopie, recueillies dans le mois d'avril 1833, à Mont-Dauphin, département des Hautes-Alpes; par M. Deconihout. . . . Page 76

Mémoires sur les fièvres intermittentes du marais de la Vendée, observées de 1830 à 1833; par M. Bonté. 140

Observation de fièvre typhoïde, suivie de réflexions sur le traitement des affections de ce genre; par M. Michel Levy. 321

CHIRURGIE.

De la blennorrhagie chronique. 111

Réflexions et observations sur la blennorrhagie chronique, entretenue, le plus souvent, par des ulcérations dans l'intérieur du canal de l'urètre; par M. A. Brun. 116

Observation d'une lésion traumatique de l'artère axillaire; épanchement sanguin dans l'aisselle; ligature de l'artère sous-clavière à son passage à travers les scalènes, guérison du blessé; par M. Majesté. 176

Observation d'un coup de sabre dans l'aisselle, avec lésion de l'artère axillaire; ligature de ce vaisseau au dessous de la clavicule; sphacèle du membre; amputation à l'article, guérison du sujet. 185

Observations d'affections cancéreuses qui ont nécessité la pratique d'opérations graves; recueillies à la clinique de M. Lallemand par M. Majesté. 196

Observation d'une collection séreuse située entre la sclérotique et la choroïde de l'œil droit, parfaite-

ment circonscrite et indépendante des humeurs de cet organe ; par M. Murville. . . . . Page 210

Observation sur la morsure d'un serpent au petit doigt du pied droit, suivie du sphacèle du membre, qui a nécessité l'amputation ; par M. Petitot. . . . 224

Corps étrangers arrêtés dans l'œsophage. 231

Réflexions sur les corps étrangers arrêtés dans l'œsophage, et observation sur un fragment d'os fixé dans ce conduit ; par M. Cassagne. 232

Observation d'une tumeur développée entre le larynx et l'œsophage, à la suite de l'ingestion d'un os arrêté dans le pharynx ; par M. Collin. 242

Observation d'un corps étranger arrêté dans l'œsophage ; par M. Roy. 250

Observation d'une perforation de l'œsophage par un fragment d'os ; laryngo-trachéite chronique consécutive ; aphonie ; marasme ; par M. Fortuner. . . . 253

Observation d'un corps étranger arrêté dans l'œsophage ; par M. Grillois. 257

Mémoire sur le traitement des érysipèles à l'aide des corps gras ; par M. Barthez. 264

Mémoire sur les amputations partielles de la main dans les articulations carpo-métacarpiennes ; par M. Gairal. 334

Observation de l'amputation des premier, deuxième et troisième métacarpiens dans les articulations

carpo-métacarpiennes. Guérison du sujet; par le même. . . . . Page 346

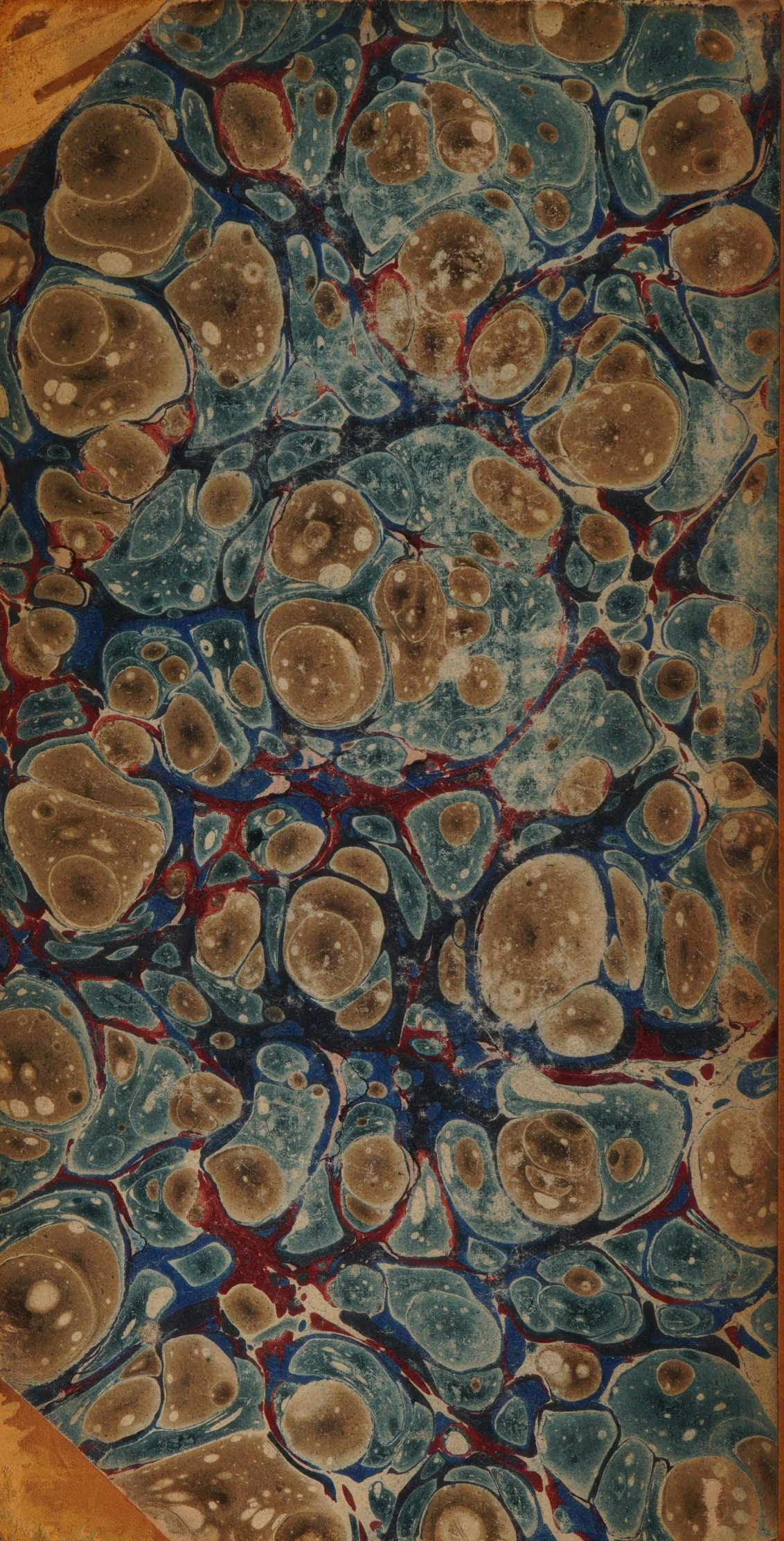
Mémoire snr les abcès du foie consécutifs aux lésions traumatiques en général; par M. Briard. 352

Observation d'une nécrose de l'humérus et de l'opération du séquestre par le trépan; par M. Guérin. . 375

PHARMACIE.

Recherches tendant à prouver que l'iodure d'amidon ne résulte pas d'une combinaison à proportions définies d'iode et d'amidon, mais bien d'un simple mélange, caractérisé seulement par sa couleur; par M. le docteur Langlois. 91

VARIÉTÉS.

Discours prononcé par M. Vauchelle, intendant militaire de la 5e division, à l'occasion de la distribution des prix, à l'hôpital d'Instruction, le 21 novembre 1833. 392

FIN.